EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr GEORGES THIBIERGE

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1918

EXPOSÉ DES TITRES

ET DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DR GEORGES THIBIERGE





EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] GEORGES THIBIERGE



PARIS

MASSON ET C[ie], ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1918

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux de Paris (1879), le 1er de la promotion.

Lauréat de l'Internat (médaille d'argent, 1881).

Docteur en médecine (1884).

Lauréat de la Faculté de médecine. Médaille de bronze (prix de Thèse, 1884).

Médecin des hôpitaux de Paris (1890).

Lauréat de l'Académie de médecine (prix Desportes, 1894; prix Ricord, 1903).

Membre honoraire et ancien vice-président de la Société anatomique de Paris.

Vice-président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Secrétaire général de la Société de médecine légale de France.

Médecin expert près le Tribunal de la Seine.

Secrétaire de la Conférence internationale de la Lèpre (Berlin, 1897).

Secrétaire général du IVe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie (Paris, 1900).

Membre honoraire de la Società italiana di dermatologia e sifilografia.

Membre correspondant de l'American dermatological Society.

Membre correspondant de la Sociedad dermatologica argentina.

TRAVAUX DE MÉDECINE LÉGALE ET DE DROIT MÉDICAL

Syphilis et déontologie. 1 vol. Paris. 1903.

Le but de ce volume a été de fournir aux médecins la solution de questions particulièrement embarrassantes de la pratique médicale en ce qui concerne la syphilis et les syphilitiques, de les éclairer sur des cas de conscience fréquents et difficiles.

La syphilis, plus que toute autre maladie, met en jeu des questions d'ordre juridique, touchant les unes au secret médical, les autres à la responsabilité civile, voire même à la responsabilité pénale. Ces questions ont parfois pour le médecin une importance plus considérable encore que les questions d'ordre purement médical.

Pour les résoudre, il est nécessaire d'emprunter des éléments à la jurisprudence. Aussi les chapitres les plus importants ont-ils trait aux bases de cette jurisprudence, si souvent étrangère aux médecins, si peu connue d'eux et qu'aucun auteur n'a exposée d'une façon précise et exacte. C'est seulement avec la connaissance de cette jurisprudence que le médecin peut fixer sa conduite, en présence des intérêts opposés, en apparence inconciliables, qu'il doit respecter : intérêts du malade, intérêts du client, qui le consulte pour ses serviteurs ou pour ses enfants, intérêts de la société.

Un exposé précis de la question du secret médical montre les phases par lesquelles est passée la jurisprudence le concernant, comment elle s'est affinée et fixée. Principe d'ordre public, le secret médical a une importance particulière en matière de syphilis. Il importe, en effet, à la société que ses membres atteints d'une maladie grave et transmissible comme la syphilis se soignent, d'abord pour en guérir, ensuite pour ne

pas en devenir des agents de transmission. Comment consulteraient-ils un médecin s'ils ne savaient qu'ils peuvent se confier à lui sans avoir à redouter la divulgation de leur maladie, divulgation qu'ils ont bien des raisons de vouloir empêcher ?

La responsabilité civile en matière de transmission de la syphilis résulte de l'interprétation des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil, aux termes desquels « tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer » et « chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence et son imprudence ».

Le principe général inscrit dans le Code est appliqué par les tribunaux. La jurisprudence constante exige, pour faire jouer la responsabilité civile en matière de contamination syphilitique, que le fauteur de la contamination ait eu conscience qu'il pouvait la causer : ce qui constitue l'élément de la responsabilité, c'est le fait que le sujet contaminateur se savait atteint de syphilis et savait qu'il était contagieux. Qu'il s'agisse de transmission par les rapports sexuels ou de contamination d'une nourrice par un nourrisson hérédo-syphilitique, le demandeur ne reçoit de dommages-intérêts que s'il parvient à établir — par une correspondance explicite ou par les résultats de l'expertise — que le partenaire dans le premier cas, l'un des générateurs de l'enfant dans le second est atteint de syphilis et ne l'ignorait pas au moment de la contamination.

Le médecin, lorsqu'il est consulté par des syphilitiques sur un procès en perspective, et surtout le médecin-expert commis par la justice doivent bien savoir que, dans ces instances, le demandeur doit prouver : 1° qu'il a la syphilis ; 2° que celui qu'il accuse de lui avoir communiqué la syphilis en est atteint ; 3° que sa syphilis a pour origine celle de ce dernier.

La responsabilité du médecin peut entrer en jeu dans la transmission de la syphilis des nourrissons lorsque, ayant constaté la syphilis chez ce dernier, il n'a pas — à moins d'être couvert par l'obligation du secret professionnel — fait connaître à la nourrice la nature et la gravité de la maladie du nourrisson.

Ces principes dominent la conduite du médecin lorsqu'il est en présence des diverses catégories de syphilitiques qui peuvent avoir intérêt ou simplement désirer de laisser ignorer leur état à leur entourage : jeunes gens vis-à-vis de leurs parents, candidats aux mariages ou fiancés vis-à-vis de leurs futurs beaux-parents, époux vis-à-vis de leur conjoint,

domestiques, employés et ouvriers vis-à-vis de leurs patrons, syphilitiques soignés dans les hôpitaux vis-à-vis des tiers, etc.

Cette conduite est souvent embarrassante; les conditions spéciales de chaque cas, de chaque espèce imposent des solutions différentes que le médecin doit connaître à l'avance pour ne pas être exposé inopinément à un extrême embarras, et ne pas risquer de commettre une grave erreur de conduite.

Ce n'est pas le lieu d'énumérer ici la longue suite de faits pour lesquels il a été nécessaire de donner la solution la plus conforme aux données juridiques.

Le divorce, à propos duquel se posent tant de problèmes médicaux, peut être prononcé pour cause de syphilis. Il était nécessaire d'exposer la jurisprudence sur ce point, jurisprudence très nette et constante : la transmission consciente de la syphilis, c'est-à-dire la transmission par un conjoint qui se sait syphilitique, constitue une injure grave et peut à ce titre être invoquée comme cause de divorce; il en est de même de la continuation des rapports conjugaux par un conjoint qui se sait atteint de syphilis. La syphilis est rarement le motif allégué à l'appui d'une action en divorce : elle ne vient souvent que confirmer l'existence d'autres causes suffisamment démontrées et suffisantes pour le faire prononcer et, dans l'intérêt des enfants comme d'elles-mêmes, les parties conviennent de ne pas faire état de leur maladie.

Cette étude comprend, sous la forme de préceptes de déontologie, la solution de toutes les questions de médecine légale et de droit médical que soulève la syphilis telles qu'elles se posaient en 1903. Depuis cette époque, des décisions de jurisprudence, une application plus prolongée de la loi sur les accidents du travail ont précisé certains points de jurisprudence, les récentes méthodes de diagnostic de la syphilis ont apporté des éléments nouveaux à la médecine légale. Les études suivantes ont pour but de fixer ces deux ordres de données.

De la responsabilité civile en matière de contaminations syphilitiques.
Bulletin de la Société de médecine légale de France, juillet 1906, p 203.

Cette étude est le développement et le complément d'une partie des chapitres de la précédente.

Elle est destinée à exposer la jurisprudence sur la matière, ses motifs et ses défectuosités.

Syphilis transmise par les rapports sexuels. — La jurisprudence, récente et peu nombreuse, mais bien établie, reconnaît la responsabilité pécuniaire du mari qui a sciemment contaminé sa femme dans les rapports conjugaux ; outre le divorce, les tribunaux ont prononcé l'allocation d'une pension en réparation du préjudice causé.

De même, en dehors du mariage, les tribunaux écartant l'exception *ob turpem causam* ont condamné à des dommages-intérêts importants des amants qui avaient contaminé leur maîtresse alors qu'ils se savaient et se reconnaissaient atteints de syphilis ?

Syphilis transmise au cours et à l'occasion du travail industriel. — La responsabilité des patrons est depuis longtemps admise par les tribunaux dans les cas (fréquents dans les verreries) où des ouvriers sont contaminés dans l'exercice de leur profession.

En vertu de l'article 1382 du Code civil, les patrons étaient condamnés à des dommages-intérêts. Depuis la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, les tribunaux, malgré l'avis presque unanime des médecins et, quoique ni la date ni le fait de l'accident ne puissent être établis par un témoignage quelconque, ont admis que cette loi devait entrer en jeu. Il en est résulté pour les ouvriers un abaissement notable de l'indemnité qui leur est attribuée, indemnité que la loi de 1898 ne permet pas de fixer équitablement, les suites d'une contamination syphilitique étant variables et pouvant devenir apparentes après que se sont écoulés depuis de longues années les délais de revision des indemnités prévues par cette loi.

Syphilis transmise au cours et à l'occasion de l'allaitement. — La contamination d'une nourrice par un enfant hérédo-syphilitique ouvre le droit pour la nourrice à une indemnité si celle-ci peut établir qu'il y a faute, ou simple imprudence ou négligence des parents de l'enfant : c'est là le principe de la jurisprudence, principe étroit et injuste, car elle prive la nourrice de toute réparation — alors même que le fait de sa contamination par l'enfant est médicalement et judiciairement établi — si les parents nient avoir su qu'ils étaient syphilitiques et ne présentent pas de manifestations syphilitiques au moment de l'expertise.

Il est désirable qu'une loi accorde à la nourrice le droit à la réparation du dommage subi, à la réparation de tout le dommage, et non à une réparation incomplète comme celle que lui donnerait l'application de la loi sur les accidents du travail.

Les procédés récents de diagnostic de la syphilis, leurs rapports avec la médecine légale. *Lecture à l'Académie de médecine.* Séance du 27 octobre 1909.

La réaction de Wassermann en médecine légale. *Bulletin de la Société de médecine légale de France.* Décembre 1911, p. 224. (En collaboration avec M. Weissenbach.)

La réaction de Wassermann en médecine légale. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* Février 1912. (En collaboration avec M. Weissenbach.)

La valeur en médecine légale des méthodes récentes de diagnostic de la syphilis. Rapport au 2e Congrès de médecine légale de langue française. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1913, p. 268.

La médecine légale emprunte ses techniques d'examen et de démonstration à toutes les branches de la médecine, à toutes les parties de la biologie. Elle applique à la recherche des crimes et des responsabilités tous les modes de recherches, à la condition qu'ils aient fait leurs preuves et que la valeur en soit établie.

Les méthodes du laboratoire, empruntées à la microbiologie et à la biologie, doivent, au fur et à mesure que les résultats en sont connus et établis, être utilisées par le médecin légiste.

Celui-ci ne peut en faire état qu'à condition d'en connaître et la technique et la valeur démonstrative, de les appliquer suivant les règles générales qui doivent le guider dans les expertises.

Les méthodes nouvelles de diagnostic de la syphilis méritaient d'être étudiées d'une façon très précise à ce point de vue, d'autant plus que leur technique est délicate, leurs résultats sujets à interprétation et que, déjà insuffisamment connues ou incorrectement utilisées pour le diagnostic par un certain nombre de médecins, elles donnaient au grand public des espérances de précision qui, en matière judiciaire, risquaient d'engendrer de graves erreurs.

Les diverses publications dont les titres précèdent sont destinées à mettre au point, en ce qui concerne les expertises médico-légales, la valeur démonstrative et pratique de ces modes d'exploration.

La *recherche du microorganisme de la syphilis* est la plus simple de ces méthodes. La technique, facile pour tout médecin habitué aux examens bactériologiques, doit être suivie avec soin, et il importe de recueillir

suivant des règles précises les produits destinés à être examinés sur lame après coloration, sous peine de ne pas trouver le spirochète alors que cependant la lésion examinée le contient en abondance.

L'examen des frottis est, d'ailleurs, le seul applicable en médecine légale, l'examen de coupes supposant l'excision des tissus à examiner, opération qui n'est pas permise à l'expert.

Le spirochète, bien et dûment constaté dans un frottis, est une preuve formelle que la lésion d'où il provient est syphilitique; il fournit la démonstration la plus typique qu'on puisse rechercher en médecine légale; mais son absence ne peut faire exclure la diagnostic de syphilis, car il manque à une période avancée du chancre. Il ne peut d'ailleurs, sauf dans les autopsies, être recherché que sur les lésions ulcéreuses de la peau ou des muqueuses et encore sur la muqueuse buccale sa confusion avec les spirilles de la bouche est-elle trop facile pour qu'on puisse faire état de la constatation d'un parasite en présentant les caractères.

Les expertises médico-légales se faisant presque constamment à une période plus ou moins avancée de la syphilis et alors qu'il n'existe plus aucune lésion en activité, l'expert n'aura que tout à fait exceptionnellement l'occasion d'utiliser la recherche du tréponème.

Il en est de même de l'*inoculation aux animaux* de produits syphilitiques ou suspects prélevés sur le sujet malade. Cette méthode de diagnostic de syphilis, d'applications toujours restreintes, est réalisable depuis qu'on connaît le chancre expérimental des singes et spécialement des petits singes qui se prêtent à l'utilisation comme animaux du laboratoire. Sa valeur diagnostique est, ainsi que nous l'avons montré avec M. Ravaut, supérieure encore à celle de la recherche du tréponème, mais elle a d'autant moins d'applications en médecine légale que, pendant la durée d'incubation du chancre du singe, la syphilis du sujet examiné — syphilis qui, pour être inoculable au singe, doit se traduire par des lésions ulcéreuses — aurait tout le temps de donner lieu à des manifestations cliniques indubitables.

La *réaction de fixation du complément* (réaction de Wassermann) a une bien plus grande importance médico-légale. Apparaissant dans les quelques semaines qui suivent le début du chancre, persistant — à moins qu'il n'ait été institué un traitement énergique — pendant plusieurs mois ou plusieurs années, reparaissant lorsqu'il se développe quelque manifestation syphilitique ultérieure, cette réaction doit être connue de

l'expert, recherchée par lui ou sous sa direction dans un certain nombre de cas.

Il faut remarquer que la technique de Wassermann a subi des modifications nombreuses dont la valeur est variable; c'est à la technique initiale qu'on doit encore accorder le plus de confiance lorsqu'on a, comme en médecine légale, besoin d'une donnée précise. Il faut aussi savoir que, même avec une technique identique, tous les opérateurs n'obtiennent pas des résultats semblables. Il est donc nécessaire de faire rechercher la réaction par un biologiste dont la compétence et l'habileté soient certaines.

Une question préjudicielle se posait : l'expert a-t-il le droit de pratiquer la prise de sang nécessaire à la recherche de la réaction de Wassermann? Il est en effet de principe strict que l'expert ne doit pratiquer, sur le sujet soumis à son examen, aucune opération, ni aucune exploration pouvant comporter un risque quelconque. J'ai émis l'opinion, qui a été adoptée, qu'il était prudent que la prise du sang ne soit pas pratiquée par l'expert, mais par un médecin choisi par le sujet examiné, en présence de l'expert qui prend possession du sang recueilli et en assure l'examen.

La réaction de Wassermann apparaît quelques semaines après le chancre, persiste un temps assez long, mais n'existe, en dehors de la syphilis, que dans des affections dont il est facile de reconnaître l'existence (ictère, paludisme). Elle constitue donc un symptôme important de syphilis dont la valeur doit être acceptée en médecine légale.

Mais, d'autre part, elle peut manquer chez des syphilitiques anciens ou chez des syphilitiques récents énergiquement traités et, en raison de sa longue persistante, elle peut exister chez des sujets qui ne présentent plus depuis longtemps de manifestations syphilitiques transmissibles.

Or, en matière de syphilis, le problème médico-légal se ramène toujours à une ou plusieurs des questions suivantes :

Un tel est-il atteint de syphilis?

Si oui, à quelle époque remonte cette syphilis?

Se manifestait-elle à telle époque par des accidents contagieux?

Est-elle la cause des accidents qu'un tel (qui est supposé contaminé par le 1er) présente actuellement ou a présentés à telle époque?

La première de ces questions est résolue par la réaction de Wassermann; mais celle-ci est incapable de résoudre les autres qui sont, le plus

souvent, capitales dans la détermination de la responsabilité encourue.

La notion de l'existence de la syphilis, souvent facile à acquérir par l'observation du malade, est corroborée par l'existence de la réaction de Wassermann; c'est là un point important, mais il est loin de constituer toute l'expertise.

J'ai rapporté à ce sujet l'exemple topique de plusieurs ménages dont l'enfant hérédo-syphilitique avait contaminé sa nourrice et dans lesquels la syphilis avait été introduite par le mari : la réaction de Wassermann, pratiquée après la naissance de l'enfant était négative chez le père, positive chez la mère : ce résultat, explicable par ce fait que l'infection de la mère était plus récente que celle du père, pourrait, s'il n'était interprété judicieusement, faire penser que le père était indemne de syphilis et que la mère était seule responsable de l'infection de l'enfant et de la contamination de la nourrice.

Les nouvelles méthodes du laboratoire introduisent donc dans le diagnostic médico-légal de la syphilis des éléments capitaux. Elles permettent d'affirmer plus catégoriquement que la seule observation clinique que telle lésion est syphilitique, que tel sujet est syphilitique; par contre, elles ne permettent pour ainsi dire jamais, à elles seules, d'affirmer que telle autre lésion n'est pas syphilitique, ni que tel autre sujet n'est pas syphilitique; elles ne permettent pas non plus de reconnaître que tel sujet, syphilitique au moment de l'expertise, l'était ou ne l'était pas à telle époque antérieure, et l'est devenu par le fait qu'il incrimine.

Elles peuvent et, dans certains cas, doivent être mises en œuvre dans les expertises médico-légales, en raison des certitudes qu'elles sont parfois susceptibles d'apporter; mais, en aucune circonstance, ni l'expert, ni le magistrat ne devront oublier qu'elles fournissent non pas un diagnostic brutal et pour ainsi dire automatique, mais seulement un élément du diagnostic de la syphilis, et que cet élément doit être apprécié à sa juste valeur, interprété suivant les circonstances de la cause. L'observation médicale, si elle reçoit de l'étude histologique, bactériologique ou expérimentale, un complément indispensable ou un appoint, doit toujours diriger l'interprétation des résultats fournis par les méthodes de laboratoire; elle reste toujours, en matière de syphilis comme ailleurs, la base sur laquelle doivent nécessairement s'appuyer les conclusions de toute expertise.

Chancre du mamelon par réinoculation syphilitique survenu au cours d'accidents syphilitiques secondaires. Importance médico-légale des notions nouvelles sur la réinoculation syphilitique. *Comptes rendus du troisième Congrès de médecine légale de langue française*, Paris, 1913, p. 280

Observation d'une femme présentant, en même temps qu'un chancre typique du sein droit accompagné d'adénopathie axillaire et remontant à 3 semaines, une roséole syphilitique et des plaques muqueuses de la vulve; les lésions vulvaires remontent à un mois au moins. La lésion mammaire est consécutive à une morsure que lui a faite son amant.

Cette observation montre une fois de plus que la constatation d'un chancre du mamelon ne doit pas dispenser l'expert d'examiner les organes génitaux.

Elle montre que, contrairement à l'opinion classique, mais conformément aux expériences de Queyrat, un chancre syphilitique peut se produire par une inoculation postérieurement à un premier chancre; qu'on ne peut donc, en médecine légale, déclarer *a priori* inexacte l'affirmation qu'un accident présentant tous les caractères du chancre est survenu postérieurement à des accidents secondaires.

Végétations syphiloïdes périorificielles des lèvres; considérations diagnostiques et médico-légales. *Bulletin de la Société de médecine légale*, 10 juillet 1911, p. 117.

A. Fournier a décrit avec Socquet et G. Brouardel des lésions occupant chez les jeunes enfants la région périanale et offrant avec les syphilides végétantes une ressemblance tellement frappante qu'elles ont pu provoquer des inculpations d'attentat à la pudeur et de contamination syphilitique.

La première des deux observations rapportées dans cette note a trait à une fillette de dix mois, atteinte, après une éruption d'impétigo disséminé, de lésions ulcéreuses et végétantes de la région anale, du type décrit par Fournier. Le diagnostic était d'autant plus embarrassant que la mère de l'enfant et l'enfant elle-même avaient une réaction de Wassermann positive. L'évolution rapide des lésions, qui ne renfermaient pas de spirochètes, leur guérison complète en 5 à 6 jours permirent d'éliminer toute relation avec la syphilis.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un garçon de six ans, sans

antécédents syphilitiques, portant, au voisinage de la commissure labiale, une lésion végétante ayant tout l'aspect d'une plaque muqueuse hypertrophique ; ces lésions étaient apparues une première fois trois mois auparavant et avaient guéri après des lavages à l'eau boriquée. La réaction de Wassermann était positive et les lésions histologiques rappelaient celles de la syphilis. L'absence de toute lésion buccale, l'évolution rapide de la végétation commissurale sous l'influence de simples soins de propreté permirent de rejeter définitivement le diagnostic de syphilis.

Ces deux cas montrent que des lésions syphiloïdes périorificielles peuvent être produites par l'évolution de pyodermites ; ils montrent, comme Besnier l'avait observé, que ces lésions ont une prédilection pour les enfants syphilitiques ; ils montrent aussi que l'existence de la réaction de Wassermann ne peut suffire à déclarer syphilitique une lésion syphiloïde, que l'expert doit apporter une extrême prudence dans l'interprétation de cette réaction.

Un cas d'ulcérations chancriformes de la vulve chez une enfant de trois ans. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1912, p. 245.

Il s'agit d'une fillette de trois ans amenée à l'hôpital avec une ulcération de la région clitoridienne à bords circulaires, non décollés, à fond régulier, rouge, avec enduit grisâtre, à base manifestement indurée, présentant en un mot l'aspect du chancre syphilitique, à quelques nuances près (induration assez mal limitée, absence d'adénopathie inguinale). Le lendemain, l'ulcération s'était élargie et il apparaissait cinq petites ulcérations qui, en trois jours, revêtaient un aspect analogue à celui de la première. Les frottis faits avec les produits du raclage des ulcérations, non plus que les coupes de fragments de ces ulcérations, ne permirent pas de constater la présence de spirochètes.

Ce fait doit être rapproché des deux précédents : il montre que, à côté de lésions rappelant les plaques syphilitiques, des infections cutanées plus ou moins voisines de l'impétigo peuvent provoquer des lésions ayant tous les caractères objectifs du chancre syphilitique.

Les examens répétés à quelques jours d'intervalle, confirmant les données de l'examen bactériologique, sont nécessaires pour empêcher l'expert de commettre une grave confusion.

La durée de la période d'incubation de la syphilis envisagée principalement au point de vue médico-légal. *Annales de dermatologie*, juillet 1915, p. 541.

En matière de syphilis, les expertises médico-légales consistent surtout dans l'art de vérifier les dates.

L'évolution régulière de la syphilis, la chronologie des accidents permettent de déduire des données précises sur la possibilité de la contamination ou son impossibilité, ce qui est à vrai dire le rôle de l'expert.

Encore faut-il, surtout pour ce qui concerne la durée de la période d'incubation, c'est-à-dire la phase latente qui sépare l'infection syphilitique et le début du chancre, baser les conclusions sur des données précises.

Les livres usuels fournissent à ce sujet des chiffres variables et contestables. Il était nécessaire de remonter aux sources.

Les observations cliniques utilisables sont rares, parce qu'elles sont loin de présenter toujours des garanties absolues sur la date de la contamination.

Les expériences d'inoculation à l'homme sont peu nombreuses, mais heureusement d'une précision absolue.

En combinant ces deux ordres de données, on arrive à cette conclusion que la durée moyenne de l'incubation de la syphilis est de 25 à 26 jours ; mais il faut tenir compte des incubations plus longues ou plus courtes et, pour la pratique médico-légale, on doit admettre que la durée de l'incubation peut varier de 14 à 42 jours ; il y a, cependant, quelques exceptions portant la durée possible à 50 ou 60 jours, voire même 90 jours, qui introduisent dans quelques expertises un élément de doute.

Les inoculations expérimentales aux animaux, spécialement aux singes, donnent pour moyenne de la période d'inoculation 22 à 23 jours ; les variations de cette durée chez plusieurs animaux d'une même espèce (20 à 35 jours chez les macaques dans nos expériences avec Ravaut, 15 à 49 jours dans les expériences de Roux et Metchnikoff sur les chimpanzés) viennent confirmer les réserves qu'imposent à l'expert les faits observés chez l'homme.

Les réclames pour les produits pharmaceutiques destinés au traitement des maladies vénériennes et le racolage des malades autour des hôpitaux spéciaux. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, juillet 1916, p. 172.

Alors que les autorités administratives s'efforcent de lutter contre les maladies vénériennes par la création de dispensaires où les malades sont assurés de trouver des soins réguliers et efficaces, une coupable industrie se développe : celle des cliniques louches où les malades, exploités par des médecins le plus souvent ignorants et par des faiseurs d'affaires, reçoivent des soins insuffisants, s'ils sont réellement malades, inutiles et coûteux s'ils sont des nosophobes ou s'ils ont des lésions banales. Ces industriels recrutent leur clientèle par une réclame éhontée qui se poursuit à la porte et jusque dans l'intérieur des hôpitaux spéciaux. Il importe que la police surveille cette publicité et ces officines et en provoque la répression par les tribunaux.

L'importance de cette question est attestée par le fait que le Parlement anglais a récemment voté une loi « Venereal diseases Act 1917 » interdisant les annonces publiques offrant de traiter les maladies vénériennes, ou recommandant des médicaments proposés pour empêcher, guérir ou soulager les maladies vénériennes.

Remarques sur les dermatoses professionnelles à propos des projets de loi sur les maladies professionnelles. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, février 1911, p. 32.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ne s'applique pas aux éruptions professionnelles. Des propositions de loi ont pour objectif d'indemniser les ouvriers atteints de maladies professionnelles, et, si elles ne doivent pas s'appliquer aux éruptions professionnelles, elles sont un premier pas dans une voie qui tend à atteindre ces dernières.

Il est nécessaire de montrer au législateur les difficultés et les graves conséquences de son initiative.

La plupart des éruptions professionnelles n'ont pas de caractéristiques propres ; aussi. chez des sujets ayant exercé plusieurs professions, les exposant à des contacts nocifs, il serait impossible de déterminer celle qui a provoqué l'éruption.

Ces éruptions, bien que provoquées par un contact externe, sont sous la dépendance de l'état général des sujets qui en sont porteurs, et les divers sujets réagissent de façon très variable à une même irritation professionnelle : comment alors déterminer le rôle de la cause professionnelle et celui de l'état général, de l'état antérieur?

Souvent difficiles à guérir, faciles à entretenir, tout au moins faciles à ne pas guérir trop vite, ces éruptions seront, bien plus souvent encore que les accidents du travail, l'occasion, pour des ouvriers peu consciencieux, de simulations et d'exagérations.

Si une législation devait aboutir à indemniser les ouvriers atteints de dermatoses professionnelles, il importerait qu'elle fût étudiée avec un soin extrême.

Note sur le bouton d'huile. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, juillet 1916, p. 166.

Le « bouton d'huile » des tourneurs d'obus au point de vue clinique et médico-légal. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 12 mars 1918, p. 208.

Le « bouton d'huile » des ouvriers tourneurs d'obus est devenu d'une extrême fréquence depuis que les conditions de la guerre actuelle ont obligé à employer comme lubrifiant des huiles minérales et à les faire servir indéfiniment sans les épurer.

Caractérisé par des pustules à siège folliculaire avec périfolliculite, il est précédé de l'oblitération des orifices des follicules pilo-sébacés par des particules ferriques agglomérées par l'huile lubrifiante, constituant un véritable *encrage* de l'orifice et appréciable sur les follicules de toutes les régions exposées au contact de l'huile (doigts, avant-bras, visage, face antérieure des cuisses).

La question, souvent posée, de savoir s'il s'agit d'un accident de travail, au sens de la loi du 9 avril 1898, est résolue dans le sens négatif par la lenteur de son développement, par l'existence d'une oblitération folliculaire précédant de longtemps l'apparition des pustules.

Outre ces lésions, l'huile provoque dans quelques cas rares le développement sur le visage de lésions ostio-folliculaires rappelant la phase initiale du lupus érythémateux et accompagnées d'une pigmentation brune intense, due à l'accumulation intradermique d'un pigment d'origine sanguine.

Accidents du travail et secret médical. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, juillet 1914, p. 314.

Les tribunaux et les cours d'appel avaient admis que le médecin traitant de l'ouvrier a le droit de renseigner le patron ou l'assureur sur l'état pathologique de l'ouvrier.

Un arrêt de la Cour de cassation du 9 mai 1913 a jugé que la disposition de l'article 378 du Code pénal relative au secret médical est générale et absolue et s'applique aux cas d'accidents du travail.

Il était, à la suite de cette décision, utile de fixer les règles à suivre par les médecins en ce qui concerne le secret médical dans ses rapports avec les accidents du travail.

Le *médecin qui rédige le certificat initial de blessure* a le droit — j'ajouterai le devoir, pour permettre à la justice de prononcer sur les suites de l'accident — d'y signaler les états pathologiques qu'il constate sur les organes atteints par le traumatisme ou voisins du traumatisme; mais, s'il n'est pas le médecin du patron ou de l'assureur, il ne doit remettre le certificat qu'au blessé ou à ses représentants, surtout s'il y a mentionné autre chose que la matérialité de l'accident.

Le *médecin traitant de l'accidenté* est tenu au secret vis-à-vis de ce dernier, dans les mêmes conditions que vis-à-vis de tous ses autres malades, et il agira prudemment en ne dérogeant pas à cette règle. Un arrêt de la Cour de cassation admet que le médecin peut attester des faits qui ne lui ont pas été confiés sous le sceau du secret et qui ne sont pas secrets de leur nature. Quelques jugements, se basant sur cette doctrine, ont admis les déclarations des médecins traitants, mais le médecin ne saurait être trop circonspect en matière aussi délicate.

Le *médecin du patron et de l'assureur* a le droit de faire connaître à son commettant tout ce qu'il a appris au sujet de l'ouvrier, au cours des examens nécessités par l'accident. Au cas où il aurait été précédemment le médecin de l'ouvrier et aurait eu l'occasion de constater chez lui l'existence d'une maladie pouvant influer sur l'appréciation des suites de l'accident, il devrait refuser de prêter son concours au patron.

Le *médecin expert* doit faire connaître à la justice toutes les constatations qu'il a pu faire au cours de son examen et ne peut être condamné pour les avoir insérées dans son rapport. La loi lui fait un devoir de se récuser s'il avait, antérieurement à l'expertise, soigné l'ouvrier pour

son accident. Il doit aussi, bien que la loi sur les accidents du travail ne l'y oblige pas expressément, se récuser s'il a soigné l'ouvrier antérieurement à l'accident pour une maladie pouvant influer sur les suites de cet accident ou leur interprétation.

La délivrance des certificats pour accidents du travail dans les hôpitaux. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1915, p. 163.

Cette étude est la suite de la précédente.

Elle montre que les errements actuellement suivis dans les hôpitaux (remise directe à l'assureur des certificats médicaux d'accidents du travail sans avoir été communiqués à l'ouvrier; délivrance aux assureurs de copies de ces certificats d'ailleurs dépourvues de toute authentification régulière) sont contraires à la loi, comme révélant à des tiers des secrets médicaux, et devraient être abandonnés.

Traumatisme et purpura. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, mai 1913, p. 103.

Le traumatisme est parfois invoqué comme cause du développement du purpura dans les accidents du travail.

L'étude des faits bien observés permet de conclure que le purpura affecte des relations diverses avec le traumatisme.

Dans une 1re catégorie de faits, la seule qui mérite le nom de *purpura traumatique*, on voit apparaître, au bout d'un temps variable mais toujours court (de 1 heure à 5 jours) après le traumatisme, un syndrome présentant les caractères de la maladie de Werlhof, guérissant généralement en 15 à 20 jours, mais pouvant se terminer par la mort. Le traumatisme qui provoque cette forme de purpura est toujours de ceux qui peuvent causer une lésion nerveuse ou au moins un ébranlement nerveux. L'émotion ne joue aucun rôle dans sa production.

Les traumatismes opératoires de la région génito-anale provoquent avec une certaine fréquence le purpura, par l'intermédiaire d'infections d'origine locale : c'est le *purpura post-opératoire*.

Les traumatismes des membres, qui sont particulièrement intéressants en matière d'accidents du travail, provoquent deux formes de purpura :

a) Les traumatismes superficiels peuvent être suivis d'infections pyogènes, provoquant soit des lésions purpuriques localisées au membre

atteint, soit un purpura généralisé revêtant souvent la forme hémorragique.

c) Les traumatismes graves nécessitant l'immobilisation du membre peuvent être suivis, à la reprise des mouvements, d'une ou plusieurs poussées purpuriques par suite de l'augmentation de la pression sanguine dans les petits vaisseaux longtemps soumis à une pression réduite.

Les conditions précises d'observation font souvent défaut dans les expertises et laissent place à l'incertitude sur les rapports du traumatisme et de l'accident.

Un cas de sclérodermie généralisée à début suraigu, à la suite d'un accident. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, juillet 1915, p. 186.

Fait curieux de sclérodermie généralisée ayant débuté brusquement sur la presque totalité du corps moins de 12 heures après un traumatisme (chute provoquée par un tramway, avec projection de la région lombaire inférieure sur le bord d'un trottoir et perte de connaissance).

Les lésions cutanées, examinées 5 ans après l'accident, offraient les caractères de la sclérodermie, avec cette différence que la surface était moins lisse, parsemée de dépressions ostio-glandulaires donnant au tégument une grossière analogie avec la peau d'orange.

Les lésions histologiques, moins accusées que dans la sclérodermie, consistaient en une infiltration conjonctive du corps papillaire avec effilochement du réseau élastique, sans lésions vasculaires nettes ; elles s'étaient, au bout de 5 ans, légèrement atténuées.

Ce cas, qui avait fait l'objet d'une expertise de Thoinot et de M. Balzer et dont les premières phases ont été décrites par Lebar et Riutoer est, avec un cas de Dercum, le seul cas de lésions sclérodermiques généralisées ayant débuté brusquement après un traumatisme.

Traumatisme et sclérodermie. *Annales de dermatologie*, décembre 1915, p. 645.

Cette étude, entreprise à l'occasion de la précédente, est le résultat de recherches bibliographiques comprenant la presque totalité des observations françaises et étrangères de sclérodermie publiées depuis 1890.

Le dépouillement de ces observations montre que la sclérodermie, dans l'étiologie de laquelle les auteurs récents signalent sans y apporter

de grandes précisions le rôle du traumatisme, est, en effet, parfois précédée de violences.

La plupart des observations sont insuffisamment explicites; il en reste cependant 32, appartenant aux formes les plus variées des états pathologiques certainement divers auxquels on applique encore actuellement le nom de sclérodermie.

Elles peuvent être classées sous les rubriques suivantes :

Sclérodermies en plaques ou en bandes localisées au niveau du traumatisme;

Sclérodermies en plaques multiples dont la première est apparue à la suite et au siège d'un traumatisme;

Sclérodermies en plaques généralement multiples, survenues en des points exposés à des pressions répétées;

Sclérodermie diffuse d'un membre atteint d'un traumatisme;

Sclérodermies généralisées développées à la suite d'un traumatisme;

Sclérodermies progressives développées à la suite d'un traumatisme;

Sclérodermie aggravée par un traumatisme intercurrent.

Ces faits sont trop peu nombreux pour permettre, pour chacune des catégories, des conclusions formelles. Ils montrent cependant, par leur ensemble que le traumatisme peut être invoqué à l'origine de quelques cas de sclérodermie.

La comparaison de ces faits avec le cas d'espèce qui lui est soumis peut permettre à l'expert de formuler des conclusions qui ne découleraient pas nettement de la seule étude de ce cas.

Sur les réformes pour cause d'affections cutanées. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1915, p. 262.

Les exigences de la guerre actuelle obligent à appeler sous les drapeaux des hommes que des infirmités, des difformités, des maladies peu graves faisaient dispenser du service militaire en temps de paix.

En ce qui concerne spécialement les affections cutanées, l'*Instruction sur l'aptitude physique au service militaire* rédigée par le Ministère de la Guerre exigeait une revision qui la mît en accord à la fois avec ces exigences et avec les progrès de la dermatologie.

C'est à ce travail de revision et de mise au point qu'a contribué la présente note, en précisant les points sur lesquels devait porter la

réforme ; elle est devenue le point de départ et la base, pour ce qui concerne les affections cutanées, des propositions faites par la Société de médecine légale, propositions qui ont été presque textuellement reproduites dans la nouvelle Instruction sur l'aptitude physique au service militaire, publiée le 24 juillet 1916 par le Sous-secrétaire d'État du Service de santé militaire.

Sur le secret médical dans les déclarations de naissance. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, mars 1916, p. 76.

Un jugement de conseil de guerre sur un fait de refus de traitement par un militaire. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, octobre 1916, p. 205.

La main-d'œuvre après la guerre et la nouvelle loi concernant les mutilés de la guerre victimes d'accidents du travail. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, avril 1917, p. 73.

Sur les réformes pour affections relevant des diverses spécialités médico-chirurgicales. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, février 1917, p. 36.

Notes de jurisprudence relativement à la désignation des experts. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1915, p. 131.

Un jugement intéressant au sujet de l'avortement médicalement provoqué. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 1914, p. 153.

———————

TRAVAUX DE DERMATOLOGIE

Maladies cutanées. In *Traité de médecine de Charcot-Bouchard*, 1re édition 1901, (t. II, p. 297 à 456) et 2e édition 1908 (t. III, p. 1 à 375).

Le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard a résumé, pour les étudiants et les praticiens, l'ensemble de la pathologie médicale.

Le chapitre des maladies cutanées, que j'ai été chargé d'y rédiger, ne pouvait être dans son ensemble qu'une mise au point des descriptions des affections cutanées dont la connaissance est nécessaire à tout médecin instruit. Il résume tout ce qu'il y a, en dermatologie, d'essentiel ou d'intéressant au point de vue de la pathologie générale.

Après un aperçu sur l'étiologie des dermatoses et une description de leur symptomatologie générale, de leur anatomie pathologique générale, les diverses dermatoses sont étudiées successivement dans un ordre emprunté principalement à l'étiologie.

Les classifications anatomiques, chères aux auteurs des deux premiers tiers du XIXe siècle, ont réuni, en raison d'une identité morphologique plus ou moins réelle, les affections les plus dissemblables sous le rapport de l'étiologie, de la marche et du pronostic.

Les classifications étiologiques semblent seules rationnelles et naturelles. A une époque où l'étiologie des dermatoses s'éclaire chaque jour par les découvertes de la bactériologie et de la chimie médicale, il était rationnel de chercher à se baser sur l'étiologie pour mettre de l'ordre dans le chaos des chapitres de la dermatologie. La tentative, souvent répétée depuis lors, n'avait pas encore été sérieusement faite en 1890. Elle ne pouvait et ne peut encore être qu'incomplète et partielle, en raison de la complexité des causes de la plupart des dermatoses, des inconnues que présente encore l'étiologie d'un grand nombre d'entre elles.

C'est en partant de cette idée que j'ai rangé les diverses affections de la peau dans les cadres suivants :

Dermatoses congénitales, ou difformités cutanées;

Dermatoses parasitaires produites par des parasites animaux, végétaux et microbiens;

Dermatoses artificielles;

Dermatoses de causes complexes ou indéterminées. Dans ces dernières, j'ai distingué quelques groupes ayant des affinités étiologiques ou symptomatiques, le groupe des érythèmes, les dermatoses prurigineuses, les dermatoses squameuses, les eczémas, les dermatoses bulleuses, les sclérodermies, les néoplasies cutanées, etc.

Ce groupement, tout incomplet et parfois artificiel qu'il est, est certainement pour un livre didactique supérieur à la classification alphabétique et a tout au moins l'avantage de réunir les dermatoses ayant entre elles quelque rapport.

Il montre dans quel esprit j'ai compris la pathologie générale des dermatoses.

AFFECTIONS CONGÉNITALES ET DIFFORMITÉS DE LA PEAU

Article : **Ichthyose** du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Note sur les rapports de l'ichthyose fœtale et de l'ichthyose vulgaire, à propos de deux sujets atteints d'ichthyose fœtale et âgés l'un de 18 ans, l'autre de 15 ans. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 24 juin 1898, p. 538.

La dénomination d'ichthyose ne s'applique qu'à une malformation de la peau, généralisée à tout le tégument, quoique présentant des degrés variables.

Dans l'article du *Dictionnaire des sciences médicales*, j'ai précisé la compréhension de cette affection, dont j'ai donné une description des plus complètes.

Dans la note dont le titre précède, j'ai rapporté deux exemples d'une affection squameuse généralisée existant dès la naissance, ordinairement confondue à tort avec l'ichthyose vulgaire, laquelle, tout en étant une malformation d'origine congénitale, ne devient apparente que plusieurs mois après la naissance.

Pour distinguer cette affection de l'ichthyose vulgaire, il convient de lui réserver le nom d'ichthyose fœtale.

Elle se caractérise par l'extension des lésions à la totalité du tégument, avec exagération au niveau des plis articulaires qui sont le siège de productions cornées épaisses, alors que l'ichthyose vulgaire respecte à peu près complètement les plis ; sur le tronc, il se produit des éclatements de la couche cornée ou des fissures circonscrivant des surfaces polygonales qui rappellent l'aspect de la peau de crocodile.

Elle s'accompagne de malformation des oreilles, souvent d'ectropion.

A son degré le plus accusé, elle est incompatible avec l'existence, les plaques cornées entravant le mouvement des lèvres et empêchant la succion, et les fissures profondes qui limitent ces plaques devenant le siège d'infections graves rapidement mortelles.

Cas extraordinaire d'ichthyose généralisée avec altérations des muqueuses buccale et nasale et des cornées. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 9 juin 1892, p. 322.

Ce cas est la première observation d'une forme singulière de lésion dermo-épidermique généralisée, qui doit être séparée de l'ichthyose vraie.

Il a trait à un enfant de 12 ans, présentant, de façon symétrique, des productions épidermiques épaisses, nettement circonscrites à la face, plus diffuses sur le tronc et les membres, avec saillies papilliformes noirâtres en séries linéaires au niveau des plis articulaires et atrophie des organes pilaires.

Contrairement à ce qui s'observe dans l'ichthyose, les muqueuses sont le siège de lésions manifestes : plaques opalines avec sillons entrecroisés sur la langue et les joues et la muqueuse nasale, kératite double.

Nævus acnéique unilatéral en bandes et en plaques (nævus à comédons). *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 12 novembre 1896, p. 531.

Ce cas est le premier observé en France — Sederholm a présenté le premier cas connu au mois d'août 1896 au Congrès international de dermatologie de Londres — d'une singulière lésion des glandes sébacées d'origine congénitale.

Occupant exclusivement une moitié du thorax et l'épaule correspondante, l'affection offre la disposition en bandes si commune dans les nævi ; comme eux, elle est apparente dès le jeune âge et peut-être dès la naissance.

Elle est constituée par un nombre considérable de comédons de dimensions variées, entremêlés de kystes sébacés volumineux, dont un grand nombre suppurent, s'ouvrent et laissent après eux des cicatrices profondes : ces kystes et leurs cicatrices offrent une ressemblance frappante avec les gommes scrofulo-tuberculeuses de la peau.

Note sur un cas de maladie de Recklinghausen (neuro-fibromatose généralisée) sans fibromes cutanés ni fibromes nerveux. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 18 février 1898, p. 143.

Cas de neuro-fibromatose (maladie de Recklinghausen). *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 novembre 1898, p. 371.

La première de ces observations est un des premiers exemples des formes frustes de la maladie de Recklinghausen, étudiées plus tard par Feindel. Elle montre que les taches pigmentaires, soit en larges plaques næviformes de couleur café au lait, soit en îlots punctiformes rappelant les éphélides, peuvent suffire à caractériser le syndrome de Recklinghausen.

Un autre symptôme, jusque-là peu remarqué et depuis fréquemment relevé, y est signalé ; il consiste en une coloration brune diffuse du tégument, principalement au niveau de la face, que j'avais eu l'occasion de noter chez plusieurs autres malades.

La deuxième observation a trait à un homme de 27 ans, présentant des tumeurs cutanées et de la pigmentation sur le trajet des nerfs et, outre ces traits classiques, des déformations osseuses portant sur le crâne et la voûte palatine.

Comme dans le cas précédent, il existait une pigmentation diffuse du visage et du cou.

Un cas de « Lymphangiome circonscrit » des auteurs anglais. (Hématangiome dermo-papillaire et hypodermique.) *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 12 novembre 1891, p. 401.

On a prétendu que la coloration violacée ou noirâtre que présentent parfois les vésicules du lymphangiome tient à la rupture de

vaisseaux sanguins voisins dans l'intérieur des capillaires lymphatiques ectasiés.

Dans le cas décrit, l'évolution des lésions n'est guère en faveur de cette hypothèse. Au lieu d'être incolores à leur début, les saillies en question sont au contraire initialement rouges ou noirâtres. C'est ultérieurement qu'elles prennent une couleur plus pâle et finissent par avoir la transparence des vésicules d'herpès.

L'absence de cellules lymphatiques rend de plus improbable l'origine lymphatique des lésions.

Lymphangiome capillaire xanthélasmoïde du membre inférieur. *Ikonographia dermatologica*, 1907, fasc. II, p. 69.

Cette note a trait à un cas, jusqu'ici unique, de lymphangiome du membre inférieur, caractérisé par la présence sur la cuisse d'une grande quantité d'éléments de coloration jaune, peu saillants, isolés ou réunis en groupes de forme irrégulière, atteignant jusqu'à la dimension d'une pièce de 5 francs. La coloration de ces éléments leur donne une ressemblance frappante avec le xanthélasma; des éléments semblables moins nombreux occupent la jambe. Il suffit de les piquer pour en faire sortir une quantité notable de liquide ayant les caractères de la lymphe.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de vésicules de dimensions variables, tapissées par un endothélium reposant directement sur le tissu conjonctif avoisinant.

Il s'agit donc d'un lymphangiome capillaire de type tout à fait anormal.

Cas de xeroderma pigmentosum. *Ier Congrès international de dermatologie*, Paris, 1889, *Compte rendu*, p. 168.

Cette observation, d'une affection peu connue encore en 1889, présente deux points intéressants. En premier lieu, le fait que les parents du malade étaient cousins germains, ainsi que ceux d'une de ses cousines que j'ai eu l'occasion d'observer par suite ; cette circonstance n'avait pas encore été notée, malgré qu'on connût le caractère familial de la maladie. En second lieu, l'influence des conditions atmosphériques sur le développement et la marche des lésions : le sujet était né et avait toujours vécu à la campagne au voisinage du bord de la mer; les séjours à la ville étaient suivis d'une atténuation des lésions qu'un

retour à la campagne exagérait rapidement : étant donnée l'importance des lésions congestives et des troubles pigmentaires dans cette affection, on s'explique facilement l'influence de l'air marin, du soleil et du vent.

Vaste nævus papillaire et pigmentaire du dos ayant à la périphérie le caractère de la dermatolyse, avec dégénérescence maligne de sa partie centrale; nævi multiples très nombreux, quelques-uns mollusciformes, prêtant à la confusion avec la maladie de Recklinghausen. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 5 janvier 1911, p. 42. (En collaboration avec MM. Weissenbach et Feil.)

Deux cas de xanthome juvénile familial. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 8 mars 1894, p. 96.

DARMATOSES PARASITAIRES D'ORIGINE ANIMALE

Sur la fréquence actuelle de la gale. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 novembre 1917, p. 601.

Cette note est destinée à montrer que la guerre actuelle a produit, comme toutes les guerres, une augmentation considérable des cas de gale, et cela non seulement aux armées, mais encore dans la population civile.

Le nombre des femmes traitées pour la gale dans les hôpitaux de Paris est monté de 1.428 pendant le 3e trimestre 1914, à 6.694 pendant le 3e trimestre 1917.

La transmission de la gale a lieu pendant les rapports sexuels; actuellement, elle se fait, très fréquemment, par l'intermédiaire des draps dans lesquels ont couché des galeux et qui, tant dans les cantonnements de l'avant que dans les hôtels et les garnis de l'arrière, ne sont pas lavés après le départ du premier occupant.

Elle se fait surtout par l'intermédiaire des soldats venus en permission : une augmentation très brusque de la fréquence de la gale dans le cours du 4e trimestre de 1915 est la conséquence des permissions de détente qui ont commencé à être accordées en juillet 1915.

Elle est favorisée par la méconnaissance fréquente de la maladie, le prurit étant attribué faussement à des troubles digestifs, et par l'insuffisance et l'incorrection des traitements institués.

Sur l'éruption provoquée chez l'homme par la gale du chat
Gazette des hôpitaux, 31 janvier 1911.

Les manifestations provoquées chez l'homme par la gale des animaux sont généralement peu connues et incomplètement décrites.

Ayant eu l'occasion d'observer en quelques mois 8 cas d'éruptions provoquées par le contact de chats atteints de gale sarcoptique, cas répartis sur 3 familles, j'ai cherché à en préciser les caractères.

Il s'agit de lésions papuleuses, à vésicules centrales, bientôt transformées en papules de prurigo, évoluant rapidement, disposées parfois sur une nappe rouge diffuse, et affectant parfois le type ortié ; nulle part on ne voit de sillons, ni de traînées de grattage, ni d'eczématisation. Le prurit est d'intensité variable, parfois excessive.

L'éruption peut être localisée aux points où se sont produits des contacts peu prolongés ou peu étendus avec l'animal infecté (par exemple chez des sujets ayant pris leur chat dans leur lit), ou généralisée, avec prédominance sur les régions recouvertes par les vêtements, allant en se dégradant sur le cou et la face, ainsi que sur les différents segments des membres pour laisser intacts les poignets, les mains, les cous-de-pied et les pieds.

ote sur une éruption prurigineuse, différente de la gale, observée chez des hommes ayant soigné des chevaux galeux. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 27 juillet 1917, p. 933.

La transmission de la gale du cheval à l'homme a été niée et les observations connues, souvent incomplètes, ne font pas mention de la dermatose prurigineuse très spéciale dont j'ai eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas chez des soldats affectés à des infirmeries de chevaux galeux.

Cette éruption, qui occupe les avant-bras surtout à leur partie antérieure, la paroi antérieure du thorax et surtout la paroi abdominale antérieure et les flancs, les fesses et la région rétro-axillaire, affecte le type érythémato-ortié à petits éléments, avec vésicule acuminée à leur centre, et se transforme rapidement en papule de prurigo. Elle débute brusquement, s'accompagne d'un prurit violent.

Elle s'observe très souvent dans les jours qui suivent l'arrivée à

l'infirmerie de gros lots de chevaux galeux et uniquement chez les hommes qui sont en contact avec ces chevaux.

Les études que je poursuis actuellement ne m'ont pas encore permis de déterminer quel est des divers parasites, de la gale équine, celui qui la produit.

Deux cas de mélanodermie avec pigmentation de la muqueuse buccale chez des sujets atteints de phthiriase et ne présentant pas les signes généraux de la maladie d'Addison. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 18 décembre 1891, p. 692.

Signalée par Greenhow et Ernest Besnier, la pigmentation de la muqueuse buccale accompagnant la mélanodermie phthiriasique avait peu attiré l'attention.

Les deux observations que j'ai rapportées dans cette note ont fixé ses caractères et, appuyées par les remarques faites à leur propos par M. Chauffard, établi qu'il peut se développer, chez les phthiriasiques, en dehors de tout soupçon de maladie d'Addison, des taches pigmentaires de la muqueuse buccale : ces taches d'un brun jaune, ou brunâtres, occupent le voile du palais et la face interne des joues.

La simple constatation de taches pigmentées de la muqueuse buccale ne peut donc suffire à baser le diagnostic de la maladie d'Addison et à la différencier de la phthiriase des vêtements avec mélanodermie, constituant le complexus décrit par Greenhow sous le nom de maladie des vagabonds.

Note sur un cas de ladrerie humaine oligocystique. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 26 février 1897, p. 298.

AFFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE MICROBIENNE

A) Tuberculose cutanée. (Lupus. Ulcérations tuberculeuses. Érythème induré. Tuberculides).

La tuberculose cutanée. *Revue des sciences médicales*, avril 1891.

Etude d'ensemble sur la tuberculose cutanée, mettant au point les travaux alors récents et peu connus sur l'inoculation des lésions tuberculeuses chez l'homme et sur la nature tuberculeuse du « tubercule anatomique » et du lupus.

Lupus et grossesse, à propos d'un cas de lupus récidivant au cours de treize grossesses. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 14 décembre 1893, p. 568. (En collaboration avec M. Paul Bar.)

Le fait qui a servi de base à cette étude est intéressant en raison de la régularité et de la netteté quasi expérimentales avec lesquelles les récidives du lupus vulgaire se sont reproduites au cours de grossesses multiples, pour se continuer pendant l'allaitement et céder spontanément au moment de la réapparition des règles ; dans ce cas, les lésions cutanées n'ont jamais été influencées par les époques menstruelles.

A son occasion, nous avons recherché chez 24 femmes lupiques l'influence, non étudiée jusque-là, de la grossesse sur le lupus. Cette influence est variable; parfois, elle est nulle et l'accouchement est suivi d'une recrudescence des lésions cutanées, d'autres fois celles-ci s'aggravent pendant la grossesse ou reviennent à l'activité pour continuer leur évolution ou, au contraire, s'amender après l'accouchement ou après la fin de l'allaitement.

Dans un cas de lupus érythémateux, les grossesses se sont accompagnées d'une atténuation très nette des lésions cutanées qui ont subi une recrudescence intense après l'accouchement.

Note sur les résultats actuels du traitement du lupus par la méthode de Koch. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux,* décembre 1890, p. 938.

Le traitement du lupus à Berlin par la méthode de Koch. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 11 décembre 1890, p. 257.

Le traitement du lupus vulgaire par les injections de lymphe de Koch. *Annales de dermatologie*, décembre 1890, p. 941.

La méthode de Koch au point de vue dermatologique. *Annales de dermatologie*, janvier 1891, p. 53.

Koch avait avancé que les injections de tuberculine guérissaient rapidement les lésions tuberculeuses les plus diverses et en particulier le lupus : l'examen que j'ai pu faire à Berlin, à la fin de novembre 1890, de la plupart des malades même sur lesquels il basait ses conclusions, m'a permis de constater qu'il ne pouvait être question de guérison définitive du lupus. Le résultat à peu près constant de la méthode de Koch était la cicatrisation des ulcérations lupiques, ce qui est loin de constituer une guérison, et cette cicatrisation n'était obtenue qu'en risquant une

réaction fébrile intense, des phénomènes généraux graves et des généralisations tuberculeuses.

Les travaux des dermatologistes de tous les pays n'ont pas tardé à confirmer l'exactitude de cette remarque. Si, ultérieurement, la tuberculine a rendu des services pour le traitement des affections cutanées tuberculeuses, c'est seulement lorsque la méthode de Koch a été modifiée, rendue moins brutale, et encore les résultats sont-ils rarement tout à fait satisfaisants.

Intradermo-réaction à la tuberculine dans le lupus vulgaire. Ses applications au contrôle de la guérison du lupus. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, décembre 1909, p. 684. (En collaboration avec M. Pierre Gastinel.)

Nous avons montré dans cette note que l'injection intradermique de tuberculine au niveau ou au voisinage de foyers lupiques met en évidence des lésions lupiques latentes, ne se révélant par aucune altération microscopique. Par ce moyen, qui — en raison de faibles doses de tuberculine injectées — ne comporte aucun dommage, on peut apprécier les résultats du traitement et préciser les points sur lesquels doivent encore porter les interventions locales.

Ulcère tuberculeux de l'orifice narinaire droit. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 7 février 1911, p. 85. (En collaboration avec M. Weissenbach.)

Observation d'une localisation rare de l'ulcère tuberculeux de la peau ; l'ulcère offrait les caractères typiques, bien connus à la lèvre et à l'anus, moins les grains de Trélat qui faisaient défaut. La nature tuberculeuse a été démontrée par l'examen bactériologique et l'inoculation au cobaye.

Tuberculose miliaire en nappe de la muqueuse de la joue et des lèvres. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 11 mars 1897 et 26 avril 1897, p. 104 et 149.

Il s'agit dans cette note d'une tuberculose de la muqueuse buccale de forme spéciale, observée chez un tuberculeux pulmonaire cachectique, forme en nappe, avec tubercules miliaires cohérents par places, extraordinairement abondants dans tous les points. Cette forme, déjà décrite à la langue, n'avait pas encore été signalée sur la muqueuse des joues et des lèvres.

L'examen histologique de la lésion, fait par M. Bezançon, a permis de constater la présence des follicules tuberculeux.

Un cas d'atrophodermie érythémateuse en plaques à progression excentrique. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 décembre 1891, p. 452.

Le lupus érythémateux à forme d'atrophodermie en plaques. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905, p. 913.

Sous le nom d'atrophodermie érythémateuse en plaques, j'ai publié le premier exemple d'une forme morbide rare, caractérisée par le développement de plaques rouges, symétriques, infiltrées, aboutissant à la production de plaques atrophiques à évolution très lente. Je faisais remarquer que la dénomination proposée était purement symptomatique et ne préjugeait pas la nature de la maladie.

Le groupe des atrophies cutanées est un groupe d'attente que l'étude complète des types cliniques dissocie chaque jour (voir page 55).

Le développement ultérieur, chez la malade de cette première observation, de plaques typiques de lupus érythémateux du cuir chevelu, joint à la disposition symétrique des lésions, à leur siège en des points d'élection du lupus érythémateux m'a permis ultérieurement de rattacher ce cas à cette dernière maladie. En le rapprochant de plusieurs cas rapportés depuis sa publication sous des dénominations diverses, j'ai pu fixer la description d'une forme spéciale de lupus érythémateux, à évolution lente et torpide, à extension centrifuge, avec lésions épidermiques nulles ou infimes et prédominance des altérations du tissu élastique du derme et contribuer ainsi au déclassement d'un type d'atrophie cutanée.

L'érythème induré des jeunes filles. *La Semaine médicale*, 25 décembre 1895, p. 545.

Étude sur la nature et les lésions de l'érythème induré. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1899, p. 513. (En collaboration avec M. Paul Ravaut.)

Érythème induré de Bazin; réaction cutanée positive et disparition des éléments primitifs à la suite d'injections intradermiques de tuberculine, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mai 1909, p. 310. (En collaboration avec M. Pierre Gastinel.)

Traitement de l'érythème induré de Bazin par les tuberculines. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 17 mars 1911, p. 264. (En collaboration avec M. Weissenbach.)

Action curative des injections de tuberculine dans l'érythème induré de Bazin. *Volume pubblicato nel XXV anno d'insegnamento del Prof. Barduzzi*, Livourne, 1911.

Deux cas d'érythème induré de Bazin : 1° Érythème induré très étendu chez une myxœdémateuse; 2° Érythème induré à forme pseudo-purpurique. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 6 mai 1913, p. 241. (En collaboration avec M. E. Marcorelles.)

Cette série de publications embrasse à peu près toute l'histoire de l'intéressante dermatose décrite par Bazin, sous le nom d'érythème induré et rangée par lui dans les scrofulides, dermatose que les dermatologistes anglais ont appelée la maladie de Bazin.

La première comprend la description clinique et précise les rapports de la maladie avec les diverses manifestations dermo-hypodermiques de la tuberculose. Elle pose, autant que la clinique le permet, la question de sa nature tuberculeuse, que les suivantes viennent, pour la première fois, établir d'une façon scientifique et définitive.

Nous avons eu l'occasion d'étudier avec M. P. Ravaut, en 1897, trois cas d'érythème induré de Bazin dont l'étude anatomique et expérimentale a servi de base au deuxième mémoire.

Au point de vue clinique, nos trois malades étaient des jeunes filles de quinze à vingt quatre ans dont les lésions représentaient le type parfait de la maladie décrite par Bazin.

Au point de vue anatomique, les lésions étaient caractérisées par des nodules inflammatoires pour lesquels les lésions vasculaires, la présence de cellules géantes, l'infiltration spéciale du tissu cellulo-graisseux imposaient le diagnostic de lésions tuberculoïdes.

Au point de vue expérimental, l'inoculation au cobaye a donné dans l'un de ces cas une tuberculose typique, bien que dans les tissus l'examen bactériologique n'ait pas permis de découvrir le bacille de Koch.

Au moment où nous faisions ces recherches, les lésions histologiques auraient pu suffire à elles seules à faire supposer la nature tuberculeuse de l'érythème induré ; nous n'aurions cependant pas osé l'affirmer si le résultat des inoculations n'était venu confirmer cette hypothèse,

Enfin, devons-nous considérer comme un argument contre notre hypothèse l'absence de bacille de Koch sur les coupes que nous avons examinées ?

Nous ne le pensons pas, car, avec de la patience, peut-être aurions-nous pu en trouver, et d'autre part, on sait combien en matière de tuberculose cutanée, cette recherche est décevante.

L'érythème induré et les gommes tuberculeuses ont de grandes analogies, mais avec quelques nuances symptomatiques ; ainsi dans l'érythème induré, la rougeur est plus franche que dans les gommes; dans ces dernières, elle est souvent livide et elle précède de peu l'ulcération, tandis qu'elle fait partie intégrante de l'érythème induré ; les nodosités de l'érythème se terminent le plus ordinairement par résorption, tandis que la gomme tend à suppurer.

Ces caractères différentiels sont en somme peu accusés ; à vrai dire ils traduisent plutôt des caractères évolutifs différents que des caractères anatomo-cliniques distincts, à telle enseigne qu'on voit parfois coïncider avec des lésions typiques d'érythème induré, des nodules dermo-hypodermiques que, hors de cette coexistence, on n'hésiterait guère à qualifier de gommes.

Ces recherches ont été vérifiées et confirmées de tous côtés, tout particulièrement au Congrès international de dermatologie de 1900, et plusieurs observateurs ont pu reproduire par l'inoculation de l'érythème induré au cobaye des lésions tuberculeuses typiques.

Le traitement de l'érythème induré restait un traitement empirique et décevant, basé sur des présomptions cliniques, sur le soupçon du rôle de la gêne circulatoire dans sa production. Quelques auteurs avaient cependant observé des régressions à la suite de l'emploi de la tuberculine.

Au cours de recherches sur l'intradermo-réaction à la tuberculine dans les affections cutanées (voir p. 47), nous avons, avec M. Gastinel, constaté la résorption rapide, presque foudroyante, de nodosités d'érythème induré après des injections intradermiques de doses extrêmement faibles de tuberculine (1 goutte d'une solution au 5.000[me]). Cette constatation nous a amenés à renouveler dans un but thérapeutique l'essai de la tuberculine dans une série de cas de maladie de Bazin.

Nous avons, de façon constante, obtenu la disparition très rapide des éléments érythémateux à tous les degrés, aussi bien avec la tuberculine

de Koch qu'avec les Immun-Körper, et cela à des doses insuffisantes pour provoquer une réaction générale appréciable. Il s'agit donc là, malgré le haut degré d'organisation des lésions de l'érythème induré, d'une action à la fois spécifique et très rapide, d'un mode de traitement applicable à cette lésion cutanée rebelle.

Avec un petit nombre d'injections de tuberculine, on obtient la disparition complète des nodosités. Malheureusement, quelle que soit la dose injectée, il ne s'agit que d'une guérison apparente et passagère et les lésions ne tardent pas à se reproduire sur place ou à quelque distance. Ces récidives sont presque indéfinies; mais, chacune d'elles réagissant rapidement à l'action thérapeutique, les injections de tuberculine constituent un moyen de traitement des poussées d'érythème induré, moyen auquel on peut recourir sans inconvénients à chaque poussée, et qui donne des résultats dont aucun autre mode de traitement n'approche.

Un nouveau cas de folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 14 janvier 1897, p. 12.

Follicullites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 février 1898, p. 65.

Trois cas de tuberculides. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 6 juillet 1906, p. 739.

Note sur deux cas de sarcoïdes sous-cutanées. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, février 1917, p. 113. (En collaboration avec M. Bord.)

Dans ces diverses notes, dont les premières ont été publiées au moment où les travaux de M. Darier venaient de faire connaître les tuberculides, j'ai rapporté une série de faits qui, sous des noms divers (tuberculides, lichen scrofulosorum, sarcoïdes, érythème induré) rentrent dans un même groupe morbide, auquel convient le nom générique de tuberculides.

Insistant sur la diversité d'aspect de ces affections, j'ai particulièrement noté la multiplicité des formes objectives qu'on peut trouver

réunies chez un même malade. Certains sujets forment de véritables cartes d'échantillon des tuberculides, et, résumant sur eux-mêmes la nosographie tout entière de ce groupe morbide, donnent la démonstration de son unité et des affinités des divers types qui le constituent.

Ces notes complètent mes études sur l'érythème induré.

Angio-kératome des mains, télangiectasies du nez chez un sujet atteint d'asphyxie locale des extrémités. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 novembre 1892, p. 414.

Cette observation est une des premières publiées après le mémoire où Mibelli a fait connaître le type clinique constitué par le développement sur les doigts des taches vasculaires surmontées d'une production cornée de forme conique. Par le peu de développement des lésions épidermiques, elle vient à l'appui de l'opinion de Mibelli, à savoir que l'altération vasculaire est la première en date, l'occasion et la cause de la production papillomateuse. L'asphyxie locale des extrémités a joué un rôle prédisposant dans le développement du syndrome angio-kératome.

Lupus éléphantiasique du membre supérieur, consécutif à une tuberculose des os de la main compliquée d'érysipèle récidivant. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 15 mai 1896, p. 449.

Gommes tuberculeuses lymphangitiques consécutives à une dactylite tuberculeuse. *Le Musée de l'hôpital Saint-Louis*. Livraison n° 36, parue en mars 1897.

Traitement du lupus érythémateux. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 19 mai 1894, p. 230.

B) Lèpre.

La prophylaxie de la lèpre dans les pays où elle n'est pas endémique. *Conférence internationale de la lèpre*. Berlin, 1897, et *Annales de dermatologie*, octobre 1897, p. 1001.

Étude faite à l'occasion de la première conférence internationale de la lèpre.

La fréquence croissante des cas de lèpre dans un grand nombre de

pays, notamment en France, résulte de l'importation des cas exotiques et non du développement autochtone de nouveaux cas; l'histoire démontre cependant que la lèpre peut devenir, pour un temps plus ou moins long, endémique dans des pays où elle ne l'était pas.

Il y a donc lieu de prendre des précautions pour prévenir son développement dans des régions où elle n'est pas actuellement endémique.

Ces mesures, pour ne pas entraver les relations internationales et ne pas établir inutilement des rigueurs excessives, doivent être les suivantes :

Examen minutieux des militaires, marins, fonctionnaires rentrant dans la métropole après séjour dans les pays où règne la lèpre, examen qui doit être répété à intervalles plus ou moins réguliers;

Signalement, par les autorités dont dépendent ces militaires et fonctionnaires, au service des épidémies de leur résidence, des sujets reconnus lépreux, auxquels ce service doit donner les instructions nécessaires et faciliter l'admission dans les hôpitaux;

Mise en traitement dans les hôpitaux de tous les lépreux ne pouvant recevoir à domicile les soins nécessaires;

Facilités données à tous les lépreux pour la désinfection par les services publics de leurs linges et vêtements.

Un cas de lèpre systématisée nerveuse avec troubles sensitifs se rapprochant de ceux de la syringomyélie. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 13 mars 1891, p. 121.

Un cas de lèpre tégumentaire d'origine espagnole, poussée éruptive actuelle. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 12 mars 1897, p. 375.

C) **Pyodermites.**

Rôle du streptocoque dans la pathogénie de l'ecthyma. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 11 juillet 1896, p. 772. (En collaboration avec M. F. Bezançon.)

Contrairement à l'opinion généralement adoptée à cette époque où l'ecthyma était attribué au staphylocoque, les recherches rapportées ici ont montré que le staphylocoque ne s'observe qu'en très petite quantité, et à l'état de microbe d'infection secondaire. Au contraire, le streptocoque

a été rencontré 5 fois sur 6 cas étudiés et toujours en grande abondance, souvent en cultures presque pures. Dans les pustules petites et non ouvertes, il est particulièrement abondant et pur. Dans un seul cas, le streptocoque existait seul, et il s'agissait d'une pustule ouverte et desséchée.

Le streptocoque constaté dans les cultures a tous les caractères du streptocoque de l'érysipèle.

De l'impetigo. *Union médicale*, 31 août 1893, p. 289.

Dermatoses produites par des champignons parasites. Sporotrichose.

Trois cas de sporotrichose dermo-hypodermique, dont un avec lésions du pharynx, du larynx et du tibia. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 19 mars 1909, p. 537. (En collaboration avec M. P. Gastinel.)

Sporotrichose du dos de la main simulant objectivement le kérion trichophytique. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 7 juillet 1910, p. 186. (En collaboration avec M. R.-J. Weissenbach.)

Nous avons fait connaître dans ces deux notes des formes non encore décrites ou mal connues de la curieuse et polymorphe mycose qu'est la sporotrichose.

Dans la première, nous avons spécialement attiré l'attention sur les lésions sporotrichosiques du pharynx dont il n'avait encore été publié que deux observations.

Dans le second cas, remarquable par l'aspect des lésions, qui, objectivement, simulaient à s'y méprendre le kérion de Celse, la marche lente de la maladie était incompatible avec la trichophytie et, dès le premier examen, nous avons émis l'hypothèse qu'il devait s'agir d'une autre mycose. La culture permit de reconnaître qu'il s'agissait de sporotrichose et le traitement par l'iodure de potassium amena une guérison rapide.

Malgré l'ancienneté de la maladie (2 ans 1/2) le foyer de la main était resté la seule localisation sporotrichosique.

ÉRUPTIONS ARTIFICIELLES

Éruptions artificielles. In *La Pratique dermatologique. Traité de dermatologie appliquée*, publié sous la direction de Ernest Bessier, L. Brocq, L. Jacquet, t. II, 1901, p. 423 à 503.

Le chapitre des éruptions artificielles, réduit dans la plupart des traités de dermatologie à une courte énumération et à un résumé des leçons anciennes de Bazin, méritait d'être repris et mis au courant des travaux modernes.

Il était spécialement intéressant de dégager certains types cliniques d'éruptions artificielles, qui par leur aspect extérieur et leur évolution, imposent le diagnostic et permettent de remonter directement à leur cause.

Nombre de ces éruptions ont une grande importance au point de vue de l'hygiène professionnelle et de la médecine légale.

Il eût été possible de les classer en partant de leur cause chimique ou physique. Il m'a paru préférable d'en baser la classification sur une donnée généralement nette dans la pratique, à savoir les conditions dans lesquelles elles se produisent.

Je les ai divisées en :

A. Éruptions professionnelles.

B. Éruptions médicamenteuses comprenant :

- *a*) Les éruptions provoquées dans un but thérapeutique.
- *b*) Les éruptions médicamenteuses de cause externe.
- *c*) Les éruptions médicamenteuses de cause interne.

C. Éruptions d'origine alimentaire.

D. Éruptions simulées.

Cette classification permet d'envisager toutes les éruptions artificielles.

Dans la description de ces éruptions, j'ai utilisé des documents personnels recueillis depuis plusieurs années. J'ai insisté sur les caractères particuliers que présentent certaines d'entre elles (caractères morphologiques, topographiques ou évolutifs) qui permettent parfois, par la seule observation clinique, de reconnaître d'emblée leur origine.

Acné comédon généralisée. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 14 décembre 1899, p. 454.

Nouveau cas d'acné chlorique. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.* 11 janvier 1900, p. 7. (En collaboration avec M. Ph. Pagniez.)

L'acné chlorique. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, juillet 1900, p. 815. (En collaboration avec M. Ph. Pagniez.)

Ces trois publications ont trait à une dermatose singulière, observée chez les ouvriers qui travaillent à la préparation du chlore par électrolyse du chlorure de sodium.

Signalée en Allemagne par Herxheimer, dans un court article paru en février 1899, elle était inconnue en France au moment où j'en ai observé un premier cas que des caractères cliniques m'ont fait appeler acné comédon généralisée, mais dont le malade m'avait indiqué l'étiologie et la coexistence avec d'autres cas chez ses camarades d'ateliers.

Grâce aux renseignements fournis par nos deux premiers malades, nous avons pu, avec M. Pagniez, étudier cette dermatose chez 4 ouvriers de la même usine.

L'affection ne s'observe que chez les ouvriers travaillant à l'électrolyse du chlorure de sodium, suivant un procédé breveté allemand, procédé employé dans une usine des environs de Francfort-sur-le-Mein où Herxheimer a pu l'étudier, et dans une usine située aux environs de Paris et appartenant alors à la même firme allemande. La division du travail et la spécialisation des ouvriers, poussées à l'extrême dans ces usines, sont telles qu'un petit nombre d'ouvriers seulement manipulent les mêmes substances, substances sur lesquelles nous n'avons pu avoir de renseignements précis : nous savons seulement que l'éruption affecte uniquement les ouvriers employés au nettoyage et à la recharge de vases renfermant la substance à électrolyser; il est à supposer que les produits nocifs sont des dérivés chloriques dont nous n'avons pu connaître la composition chimique.

L'éruption est caractérisée par le développement assez rapide sur la presque totalité du tégument de comédons acnéiques extrêmement nombreux, entremêlés de pustules acnéiques et de véritables kystes sébacés pouvant atteindre la dimension d'une noisette; sur le visage les

comédons arrivent dans certains cas à en recouvrir toute la surface d'un piqueté noir rappelant le tatouage produit par une décharge de poudre de chasse, les kystes sébacés sont moins nombreux; le cuir chevelu, où l'acné vulgaire à comédons est inconnue, les oreilles sont le siège de lésions semblables et très considérables où prédominent, surtout aux oreilles, les pustules et les kystes; le cou, le tronc sont également atteints; sur les organes génitaux, aux comédons très abondants se mêlent des kystes sébacés de volume souvent considérable.

L'examen histologique nous a montré les lésions habituelles de l'acné comédon vulgaire avec intégrité de l'épiderme et des glandes sudoripares. Les glandes sébacées présentent sur presque toutes les coupes de petites cavités kystiques plus ou moins volumineuses, entourées d'une infiltration de cellules embryonnaires toujours peu prononcée.

Les comédons renfermaient dans un cas le bacille de Unna et des cocci de volume variable; dans les trois autres cas, le bacille de Unna faisait défaut et les cocci étaient très rares.

La dermatite primulaire (éruption provoquée par les primevères) des gens du monde. *Bulletin médical*, 26 avril 1911.

La dermatite provoquée par les primevères (Primula cortusioides et surtout Primula obconica) a été décrite par un certain nombre d'auteurs étrangers et un très petit nombre d'auteurs français. Elle est bien connue des jardiniers spécialistes en plantes de serre.

Elle est loin d'être exceptionnelle chez les gens du monde qui soignent des primevères, mais passe inaperçue et est habituellement confondue avec des poussées d'eczéma.

Elle se présente cependant sous un aspect qui permet de la reconnaître à coup sûr : poussées subites de dermite érythémato-ortiée avec petites vésicules, produisant un gonflement œdémateux du visage et principalement des paupières et donnant l'apparence de l'érysipèle, si bien que parfois les malades sont considérés comme atteints d'érysipèle récidivant. Cette éruption, très prurigineuse, occupe le visage et les parties découvertes (mains, poignets) qui sont mises accidentellement en contact avec les primevères.

Elle récidive, et c'est là un important caractère diagnostique, quelques heures après chaque contact avec les primevères, pendant toute la

période où ces contacts se répètent, c'est-à-dire surtout pendant la période de floraison de ces plantes, laquelle s'étend de février à juillet. Aussi une de ses caractéristiques est-elle sa reproduction plusieurs années de suite pendant la même saison.

Cette éruption est due à l'action sur la peau du produit des glandes annexées aux poils qui couvrent les feuilles des primevères. Elle ne s'observe que chez certains sujets, chez lesquels il faut admettre une prédisposition.

L'étude de cette dermatite est particulièrement intéressante, parce qu'elle montre qu'un examen attentif des localisations d'une affection cutanée, de ses caractères objectifs, de son évolution et de son époque d'apparition permet souvent de remonter à sa cause ou du moins de circonscrire rapidement les hypothèses étiologiques.

Éruption érythémato-ortiée à petites vésicules provoquée par le contact du lierre. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, février 1909, p. 112.

Cette observation est, à ma connaissance, la première qui fasse mention d'une éruption provoquée par le contact des feuilles de lierre : cette éruption présente les caractères des dermatites de cause externe, le type urticarien en plaques avec vésicules extrêmement fixes, prurit très violent, provoquant parfois un léger degré de lichénification ; elle persiste pendant une quinzaine de jours.

Pigmentations bleues consécutives à des injections de morphine. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1er décembre 1899, p. 912.

Des taches de coloration bleue ont été signalées sur la peau chez des morphinomanes et des cocaïnomanes. J'ai pu, dans un cas, les étudier et constater qu'elles correspondent aux cicatrices, légèrement déprimées, laissées par des injections plus ou moins septiques ; leur coloration rappelle celle des tatouages par l'encre de Chine.

L'examen histologique, fait par M. Pagniez, a montré à leur niveau la présence de particules présentant les caractères de la silice et de grains de coloration noire résistant aux acides et de nature charbonneuse.

Il s'agit donc bien de pigmentation d'origine externe, produite par l'introduction de corps étrangers avec des aiguilles malpropres.

Des éruptions médicamenteuses. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1893.

Éruption quinique à forme bulleuse à élément unique chez une femme ayant eu des éruptions analogues après l'usage de l'antipyrine. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 2 février 1906, p. 120.

Ce cas est un exemple curieux de la prédisposition qu'une première atteinte d'éruption médicamenteuse crée au développement d'accidents ultérieurs de même ordre et de même aspect, alors même que le médicament ingéré en dernier lieu n'est plus celui qui a provoqué les premières éruptions.

Gangrène multiple de la peau provoquée artificiellement par des cautérisations au nitrate d'argent chez une hystérique. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 20 décembre 1907, p. 1509.

Cette observation a été produite à l'appui de l'opinion que l'hystérie ne crée pas de troubles trophiques de la peau et que les lésions cutanées attribuées à l'hystérie sont *toujours* des lésions provoquées artificiellement, opinion que je soutiens depuis longtemps, et qui est actuellement à peu près unanimement admise.

Elle a trait à une jeune femme présentant à la région fessière une série d'eschares sèches, d'un noir d'encre, de dimensions variées, entourées d'une zone érythémateuse, qu'elle déclarait survenir spontanément et être précédées d'une sensation prurigineuse.

L'examen histologique montrait, autour d'une nécrose totale de l'épiderme et du corps papillaire, à limites brusques, des fibres conjonctives offrant l'aspect que prennent ces éléments sur des coupes imprégnées à l'argent ; au delà, les tissus avaient conservé leur structure à peu près normale.

Un fragment de l'eschare a donné les réactions chimiques caractéristiques de l'argent.

La malade a reconnu avoir eu à sa disposition un crayon de nitrate d'argent, mais a nié l'avoir employé pour produire les lésions observées. Il n'en est pas moins certain que ces lésions sont le résultat d'une application prolongée et énergique de nitrate d'argent.

Cas de pathomimie. Imitation de plaques trichophytiques du cuir chevelu par une jeune fille antérieurement atteinte de teigne tondante. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 3 mars 1910, p. 68.

Observation d'une jeune fille de 19 ans qui rentre dans la classe des simulatrices d'états morbides.

C'est une hystérique, menteuse, dirigée et suggestionnée dans sa pathomimie par la trichophytie dont elle avait été atteinte précédemment. Elle produisait ces plaques par simple arrachement de mèches de cheveux; les uns venaient en entier; quelques autres se rompaient à une distance variable mais courte de leur insertion, laissant des moignons pseudo-trichophytiques.

Déformation de la face par des injections de paraffine chez une jeune fille. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 2 juin 1910, p. 164. (En collaboration avec R.-J. Weissenbach.)

Jeune fille de 26 ans, victime d'injections dites « esthétiques » de paraffine, faites pour combattre des déformations très minimes du nez, poursuivies pour rectifier des déformations plus minimes encore du reste du visage. Il s'agit de lésions inflammatoires développées autour de la paraffine injectée, avec retentissement ganglionnaire.

L'aspect du visage rappelle le léontiasis avec tuméfaction irrégulière des téguments; la peau est lisse, parsemée de taches érythémateuses.

Au toucher, on sent des masses très dures assez nettement limitées. Il s'agit là de lésions qui ne peuvent guérir complètement, dont il est nécessaire de signaler la production à la suite d'injections injustifiées de paraffine.

DERMATOSES DE LA SÉRIE DES ÉRYTHÈMES

Reproduction expérimentale de certaines dermatoses de la série des érythèmes par l'injection intradermique de tuberculine et de divers sérums. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 30 avril 1909, p. 759. (En collaboration avec M. P. Gastinel.)

Réactions cutanées expérimentales chez un sujet atteint de dermatite bulleuse. Prédisposition et immunité régionales. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 7 mai 1914, p. 257. (En collaboration avec M. P. Gastinel.)

En pratiquant, suivant la méthode que Mantoux venait de faire connaître, des injections intradermiques de tuberculine chez des sujets porteurs de lésions cutanées de la série des érythèmes (érythème simple, urticaire), nous avons obtenu avec M. P. Gastinel une réaction locale revêtant souvent le type dermatographique et l'évolution des éléments spontanément développés.

Comparativement, nous avons injecté, en employant la même technique, du sérum antidiphtérique, du sérum antitétanique, de l'eau salée à 7,5 p. 100, et nous avons obtenu des réactions locales de type analogue, mais d'intensité un peu variable.

Ces expériences montrent qu'il faut mettre quelque réserve avant de déduire la nature tuberculeuse d'une lésion cutanée de sa reproduction par l'injection de tuberculine. Elles traduisent aussi d'une façon précise la réactivité spéciale du tégument chez les sujets atteints d'érythème et confirment cette observation clinique que, en matière d'éruptions artificielles, médicamenteuses ou autres, la prédisposition individuelle joue un rôle capital dans la détermination du type dermatographique de l'éruption.

Nous avons pu, ultérieurement, montrer qu'il en est de même dans les dermatites bulleuses et que la sensibilité cutanée aux injections peut être régionale et ne pas se manifester indifféremment sur toute la surface du corps.

Érythème récidivant symétrique des extrémités avec desquamation à larges lambeaux de la paume des mains et de la plante des pieds. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 11 février 1897, p. 54.

Les engelures et leur traitement. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 9 janvier 1897, p. 17.

Purpura à disposition symétrique, survenu à la période ultime d'un cancer de l'estomac. *Société clinique de Paris*, 12 juillet 1883. *France médicale*, 1883, t. II, p. 517.

Le purpura et ses principales formes. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 14 novembre 1894, p. 545.

Un cas d'urticaire pigmentée. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 12 novembre 1896, p. 536. (En collaboration avec M. J. Dubrisay).

DERMATOSES PRURIGINEUSES

Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan. *Annales de dermatologie*, février 1885, p. 65.

Les lésions des muqueuses dans le lichen de Wilson ont été signalées par quelques auteurs anglais. Elles étaient à peine soupçonnées en France lorsque, ayant eu l'occasion d'en observer trois cas sur la muqueuse buccale, j'en ai donné la description. Elles sont depuis lors devenues d'observation courante et servent, dans bien des cas douteux, à reconnaître la nature des localisations cutanées de cette maladie, tant leur aspect est caractéristique et différent de celui de la leucoplasie.

Note sur un cas de lichen de Wilson chez une négresse. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 12 novembre 1891, p. 405. (En collaboration avec M. Leredde.)

Les affections cutanées présentent chez les nègres des particularités cliniques, qu'il est toujours intéressant de signaler. Dans ce cas de lichen, les éléments offraient les mêmes caractères morphologiques que chez les blancs; leur coloration était, sur la plupart, plus foncée que celle de la peau saine adjacente; quelques-uns ne se révélaient par aucune coloration anormale et n'étaient appréciables qu'à la palpation.

Histologiquement, les lésions étaient identiques à celles bien connues du lichen de Wilson, avec cette particularité que la pigmentation épidermique était plus accusée que dans la peau normale du sujet.

Traitement des affections prurigineuses par les applications de gélatines. *Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Bordeaux*, 1895.

L'emploi des gélatines médicamenteuses a été préconisé par Pick dans le traitement des dermatoses; elles ont l'avantage de constituer un pansement propre, restant en place pendant plusieurs jours.

Leur application sur de grandes surfaces du tégument provoque une sensation intense de froid parfois pénible même en été.

Elles sont particulièrement utiles dans les affections prurigineuses : prurigo de Hebra, prurigos diathésiques de Besnier, prurits par auto-intoxications; leurs effets sont variables et souvent insuffisants dans le lichen de Wilson et dans les lichens circonscrits.

L'influence de la ponction lombaire sur le prurit du lichen plan. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 9 novembre 1905, p. 264. (En collaboration avec M. Paul Ravaut.)

Des effets favorables de la ponction lombaire dans quelques dermatoses prurigineuses. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1er décembre 1905, p. 918. (En collaboration avec M. Paul Ravaut.)

La ponction lombaire dans les dermatoses prurigineuses. *Congrès français de médecine.* Genève, 1909, Compte rendu, t. II.

Sur les effets remarquables de la ponction lombaire dans les affections prurigineuses. *VII Congresso internazionale di dermatologia et di sifilografia*, Rome, 1912, t. II, p. 763.

Au cours de recherches sur le liquide céphalo-rachidien, nous avons observé, avec M. Ravaut, que l'état de certains prurigineux pouvait être amélioré et même guéri par de simples ponctions lombaires.

Nous avons en effet publié les observations de malades atteints de lichen de Wilson, de prurigo diathésique, de lichen circonscrit, d'eczéma sec prurigineux, chez lesquels une rachicentèse de 6 à 8 centimètres cubes de liquide a déterminé une atténuation et même quelquefois une cessation complète du prurit en 2 ou 3 jours; chez quelques malades, il a été nécessaire de recourir à une seconde ponction 8 jours après la première. Les lésions cutanées suivaient une marche parallèle au prurit; le grattage ayant cessé de les entretenir et de les exaspérer, elles s'atténuaient rapidement et, si elles ne guérissaient pas complètement à la suite d'une seule ponction, comme nous l'avons vu dans un cas de lichen de Wilson, elles subissaient du moins une transformation qui dans l'espace de quelques jours les rendait presque méconnaissables. Des malades, tourmentés depuis des mois ou des années par un prurit intolérable, se trouvaient en quelques heures soulagés et pouvaient, avec des topiques anodins, venir à bout de dermatoses qui jusque-là avaient résisté à tous les traitements employés.

Depuis cette époque, nous avons obtenu de nombreux résultats confirmatifs, surtout dans le lichen de Wilson, dont le prurit est parfois atrocement pénible : les résultats sont d'autant plus remarquables et rapides que l'affection est plus récente et les lésions plus étendues.

La ponction lombaire est indiquée dans les cas de lichen de Wilson où le prurit provoque une insomnie persistante.

Elle rend fréquemment des services dans d'autres affections prurigineuses ayant résisté aux méthodes classiques de traitement.

DERMATOSES SQUAMEUSES

Un cas de psoriasis avec localisations prédominantes sur le territoire du nerf saphène interne gauche et des nerfs musculo-cutanés du plexus brachial. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 16 novembre 1893, p. 479.

Ce cas de psoriasis est remarquable par la localisation des lésions. Le malade, atteint depuis plus de 20 ans de névralgie sciatique gauche, avait depuis 28 mois du psoriasis, dont la première atteinte a porté sur le territoire du nerf saphène interne gauche ; plus tard, les lésions ont occupé le territoire des nerfs musculo-cutanés du plexus brachial, puis les lieux d'élection du psoriasis (coudes et fesses), mais en respectant toujours le membre inférieur droit.

Ces localisations remarquables viennent à l'appui de la théorie nerveuse du psoriasis, affection dont la pathogénie est depuis longtemps discutée et reste encore actuellement obscure.

Contribution à l'étude de la médication thyroïdienne. Le traitement thyroïdien du psoriasis. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, septembre 1895, p. 760.

B. Bramwell, ayant constaté, au cours du traitement thyroïdien du myxœdème, une desquamation plus ou moins prononcée, a proposé de traiter par les préparations thyroïdiennes les dermatoses squameuses et spécialement le psoriasis.

J'ai étudié sur 11 psoriasiques les résultats de l'emploi du corps thyroïdien en nature, non cuit.

Ces résultats ont, chez trois malades, consisté uniquement en une diminution de la rougeur, sans aucune modification des squames, c'est-à-dire ont été pratiquement nuls, malgré l'absorption de plus de 250 grammes de corps thyroïde.

Chez les huit autres malades, ils ont consisté en une diminution de la rougeur, de l'étendue et de l'épaisseur des squames ou d'un certain

nombre des éléments psoriasiques et, au cours du traitement, il est apparu quelques éléments nouveaux.

Il faut tenir compte des accidents que peut provoquer la médication thyroïdienne, dans le psoriasis comme dans d'autres affections.

Cette médication ne peut donc être érigée en méthode de traitement du psoriasis. Elle peut seulement être employée, sous réserve d'une surveillance très attentive, dans les cas rebelles, chez des sujets qui veulent tenter toutes les chances de guérison. Son rôle est donc des plus limités.

Le pityriasis rosé de Gibert. Revue générale. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 27 décembre 1890, p. 612.

En discutant la nature de cette affection, qui reste toujours obscure, j'ai fait valoir en faveur de sa spécificité le fait que, à la manière des fièvres éruptives, elle ne récidive pas : ce fait, que j'ai signalé dès 1888, a été confirmé par mon maître Besnier et est aujourd'hui acquis.

Traitement du psoriasis. *Semaine médicale*, 1893, p. 182.

Pityriasis. In *La Pratique dermatologique.*

DERMATOSES VÉSICULEUSES

Traitement des eczémas. In *Traité de thérapeutique pratique*, publié sous la direction de M. Albert Robin. T. V. Paris, 1912, p. 481.

Méthodes récentes de traitement de l'eczéma. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 novembre 1913, p. 809.

Les badigeonnages de coaltar dans le traitement des eczémas. *L'Hôpital*, février 1914, p. 35.

Ces divers articles forment la mise au point de la question, sans cesse en évolution, du traitement des eczémas, question pratique par excellence en raison de la variété et de la fréquence des dermatoses comprises sous ce vocable.

Les principes généraux de la médication des eczémas, les règles de diététique et les indications des traitements internes et externes, les modes de réalisation de ces traitements y sont étudiés avec détail.

Les badigeonnages de goudron de houille, qui ont été si heureuse-

ment appliqués par Dind au traitement des eczémas, y sont l'objet d'une étude spéciale, basée sur une expérience personnelle très étendue de cette méthode; deux indications jusque-là méconnues ou insuffisamment indiquées en sont posées, à savoir les eczémas rebelles des seins où elle constitue le traitement de choix, et les eczémas des enfants, chez lesquels un certain nombre d'auteurs n'ont pas osé les employer : une grande pratique des eczémas infantiles m'a permis, en suivant rigoureusement une technique précise, de les guérir rapidement et sans danger par les badigeonnages de coaltar.

Herpès récidivant de la face. *Mercredi médical*, 22 octobre 1890, p. 521.

Description d'une localisation de l'herpès récidivant, dont on ne connaissait guère à cette époque que les localisations sur la fesse et les organes génitaux.

L'herpès récidivant de la face se distingue de l'herpès fébrile par la reproduction à intervalles variables d'une plaque unique d'herpès de dimensions relativement considérables, occupant toujours une même zone de la joue. Il diffère du zona, comme en diffère l'herpès récidivant de la fesse ou du prépuce, lequel est souvent à tort considéré comme une forme avortée de zona, par l'absence totale de cicatrices, et cela quelle que soit la fréquence de ses récidives, tandis que le zona, affection non récidivante, laisse toujours après lui des cicatrices plus ou moins étendues.

Traitement de l'herpès et du zona. In *Traité de thérapeutique*, publié sous la direction de M. Albert Robin. T. V. Paris, 1912, p. 529.

SCLÉRODERMIE

Contribution à l'étude des lésions musculaires dans la sclérodermie. *Revue de médecine*, avril 1890, p. 291.

Les lésions musculaires avaient peu attiré l'attention dans la sclérodermie et les observations publiées n'avaient pas été interprétées exactement.

L'observation d'une jeune fille atteinte de sclérodermie généralisée ayant débuté par des lésions de sclérodactylie, et présentant une atrophie très prononcée des muscles des membres supérieurs, principale-

ment des avant-bras, m'a permis de montrer les relations des scléroses musculaires avec la sclérodermie.

Une forme de concrétions calcaires sous-cutanées en relation avec la sclérodermie. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1er juillet 1910, p. 10. (En collaboration avec M. Weissenbach.)

Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodermie. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mars 1911, p. 129. (En collaboration avec M. Weissenbach.)

En constatant, chez une femme atteinte de sclérodermie généralisée, l'existence de concrétions calcaires disséminées, nous avons été frappés de l'association de ces deux états morbides dont l'un — la sclérodermie — est peu fréquent et l'autre — les concrétions calcaires — extrêmement rare, et nous avions émis d'emblée la supposition qu'il pouvait y avoir plus qu'une coïncidence fortuite, d'autant que les concrétions calcaires prédominaient dans les régions intéressées par la sclérodermie.

Des recherches bibliographiques montrèrent la justesse de cette supposition et nous permirent de relever huit cas indiscutables d'association de la sclérodermie et des concrétions calcaires, sans compter des observations incomplètes de concrétions calcaires où l'existence de la sclérodermie est probable, mais insuffisamment spécifiée. Cependant aucun des auteurs qui ont publié ces observations n'avait attaché d'importance à la coexistence des deux ordres de lésions.

Dans ce type morbide bien net, les concrétions calcaires disposées symétriquement et systématiquement occupent les régions atteintes de sclérodermie, dont elles suivent en général de fort près le début; la sclérodermie revêt la forme généralisée à début par les extrémités des membres (sclérodactylie), de sorte que les concrétions calcaires débutent par les mains et les pieds où elles sont plus nombreuses que partout ailleurs. Des lésions musculaires importantes (atrophie, rétraction) sont signalées dans tous les cas.

L'examen histologique montre que la calcification se produit au niveau d'un tissu de sclérose en dégénérescence hyaline et colloïde : ces lésions sont, d'ordre général, celles qui précèdent la calcification dans les différents tissus : artères, plèvres, myocarde, etc. Il s'agit donc d'un phénomène compliquant la sclérose du tissu cellulaire sous cutané et en dépendant, en constituant l'aboutissant.

Les concrétions calcaires associées à la sclérodermie ne sont qu'une

variante symptomatique de cette maladie, au cours de laquelle il est vraiment intéressant de les constater.

Sur une forme rare de périphlébite en plaques pouvant simuler la sclérodermie. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 16 octobre 1896, p. 689.

Cette note renferme la description d'une lésion qui n'avait pas encore été signalée et dont j'ai depuis lors rencontré d'assez nombreux exemples.

Il s'agit de plaques, de coloration blanche, rosée ou même rouge, à surface lisse, brillante, à centre souvent légèrement déprimé, à configuration ovalaire, à contours souvent mal déterminés, à périphérie entourée d'une zone rosée, souvent desquamante. Ces plaques ont une consistance dure, semblable à celle du cuir ou du lard gelé; elles se laissent cependant déprimer par une pression énergique; à leur périphérie et en dehors des plaques apparentes à la vue, on constate à la palpation une infiltration plus ou moins étendue, dans laquelle se détachent des cordons durs ou des nodosités arrondies.

Ces plaques, d'apparence sclérodermique, uniques ou multiples, occupent la partie interne de la jambe, ordinairement vers le tiers inférieur. Elles ne s'observent que sur des membres ayant été atteints de phlébite du type de la *phlegmatia alba dolens* et sont le résultat d'une infiltration périphlébitique, se produisant sous l'influence de la fatigue et de la station debout prolongée. Elles durent plusieurs semaines.

Sclérodermie systématisée de la face. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 7 décembre 1905, p. 304.

Sclérodermie. In *La Pratique dermatologique.*

ATROPHIES CUTANÉES

Atrophie cutanée. In *La Pratique dermatologique.*

Considérations sur la nosographie des atrophies cutanées. *Revista dermatologica* de Buenos-Ayres. *Numero especial en homenaje al Dr Baldomero Sommer*, 1916.

L'atrophie cutanée est considérée par les dermatologistes allemands comme constituant un type morbide spécial, une sorte d'entité.

J'ai, dans ces articles, protesté contre une pareille doctrine et montré que, sur le tégument comme dans les viscères, l'atrophie ne peut servir à caractériser un état pathologique. Elle n'est, au contraire, que l'aboutissant de lésions cutanées, lésions qui peuvent être diverses.

Le chapitre de l'atrophie cutanée n'est qu'un chapitre d'attente, dans lequel on a rangé toutes les lésions atrophiques du tégument quelles qu'en soient la cause, la nature et l'évolution.

Il faut en faire résolument la dissociation.

Dès maintenant, on peut y reconnaître des faits qui doivent être rapportés à la sclérodermie en plaques, au lichen de Wilson, au lupus érythémateux, aux tuberculides.

L'avenir permettra certainement de rapporter à des types morbides définis les faits qui sont encore réfractaires à une classification et de leur assigner comme caractéristiques des états pathologiques pré-atrophiques.

Nodules dermiques aboutissant à la production de plaques d'atrophie cutanée. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 6 février 1913, p. 123.

Il ne semble pas qu'on ait signalé de faits de dermatose nodulaire tendant à l'atrophie dermo-épidermique.

Dans l'observation rapportée, des plaques atrophiques s'étaient développées sur le thorax, à la suite de nodules, à structure fibro-cellulaire, apparus spontanément et ne pouvant être rattachés à aucun type morbide connu, lésions dont on pouvait encore trouver quelques spécimens dans les régions voisines.

Ce fait vient confirmer les idées exposées plus haut au sujet de la non-existence des atrophies cutanées primitives.

Étude clinique sur le kraurosis vulvæ. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1908, p. 1.

Simple dénomination anatomique (κραυρωσις, rétraction), le terme de kraurosis, attribué par Breisky aux états de l'orifice vulvaire caractérisés par l'atrophie et la rétraction du revêtement cutanéo-muqueux de la vulve, a été improprement appliqué par la plupart des gynécologues à des états pathologiques variés.

L'étude des observations publiées et leur comparaison avec des

types dermatologiques précis permettent d'éviter une confusion et une obscurité regrettables.

Il faut distraire, pour les rapporter soit à la leucoplasie qui ne fait pas partie intégrante du kraurosis, soit au lichen circonscrit, soit aux brides cicatricielles, les faits décrits par les gynécologues sous le nom de kraurosis blanc.

En fait, la dénomination de kraurosis ne convient qu'aux faits dits de kraurosis sénile et de kraurosis post-opératoire.

Réduit à ces faits, le kraurosis constitue un type clinique très net, facile à reconnaître, extrêmement fréquent, ou plus exactement un stade involutif des tissus avoisinant l'orifice vulvaire, résultant de la suppression des fonctions ovariennes soit par le fait de l'âge, soit par le fait d'une intervention opératoire.

Caractérisé à sa période d'état par une constriction plus ou moins considérable de l'orifice vulvaire, par une atrophie et un état lisse des téguments de la vulve dont l'aspect rappelle celui de la capsule de Glisson dans le foie gras, avec perte de leur élasticité, il est précédé par une période plus ou moins longue dans laquelle l'atrophie et l'état lisse de la muqueuse vulvaire existent seuls et sans coarctation de l'orifice (stade prékraurosique ou préstrictural).

NÉOPLASIES CUTANÉES

Coïncidence de verrues planes du visage et des mains et de végétations des organes génitaux chez une même malade. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 9 novembre 1905, p. 267.

La coexistence des verrues vulgaires et des végétations est très fréquente ainsi que je l'ai constaté chez les malades de l'hôpital Broca, mais la coïncidence des verrues planes avec les végétations est assez rare pour qu'on la signale. La parenté de structure entre ces diverses formations, leur rapprochement en clinique incitent à admettre une communauté d'origine.

Cicatrices chéloïdiennes de la région présternale consécutive à une cautérisation par la teinture d'iode. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 14 janvier 1897, p. 11.

Chéloïde récidivée après ablation chirurgicale. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 novembre 1898, p. 388.

Ces deux notes concernent une jeune fille atteinte de cicatrice chéloïdienne de la région sternale, c'est-à-dire du lieu d'élection des chéloïdes, consécutive à une brûlure au 2e ou 3e degré par de la teinture d'iode appliquée au moyen d'un tampon d'ouate fortement imbibé de teinture d'iode et laissé en contact prolongé avec la peau.

Le rôle de la teinture d'iode dans la production de la chéloïde a été nié. L'observation rapportée en démontre la réalité et le mécanisme.

La malade ayant consulté un chirurgien, celui-ci pratiqua l'ablation large de la chéloïde qui ne tarda pas à récidiver avec des dimensions plus considérables qu'avant l'intervention.

Ce résultat, fréquent et bien connu, méritait d'être rapporté, en présence de la vogue que tendait à reprendre à cette époque l'intervention chirurgicale dans les chéloïdes.

Xanthome tubéreux disséminé et généralisé avec hypercholestérinémie considérable. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 31 mars 1911, p. 393. (En collaboration avec M. Weissenbach.)

Cette observation apporte une confirmation aux recherches de MM. Chauffard et Guy Laroche sur la cholestérinémie dans le xanthélasma.

Il s'agit d'un homme de 27 ans, atteint d'une forme de xanthome tubéreux disséminé cliniquement identique au xanthome des diabétiques : l'analyse du sang, faite par M. Grigaut, a montré qu'il renfermait 5 gr. 75 de cholestérinémie (la normale est de 1 gr. 20 à 1 gr. 80); celle d'un nodule xanthomateux a montré que la cholestérine formait la plus grande partie du poids de ce nodule.

Corne épithéliomateuse très volumineuse de la région frontale chez une femme âgée atteinte d'épithéliomatose disséminée du visage. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 9 juin 1898, p. 293.

Épithéliome plan cicatriciel du front. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1911, p. 233. (En collaboration avec M. Weissenbach.)

Épithélioma serpigineux de la région frontale; difficultés de diagnostic avec une syphilide tertiaire. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 12 avril 1894, p. 123.

DYSTROPHIES PIGMENTAIRES

Sur les relations du vitiligo et de la syphilis. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905, p. 128.

L'étiologie du vitiligo reste complètement ignorée : sa coexistence avec les lésions nerveuses, avec le tabes, etc., a amené à penser à son origine syphilitique. Quelques auteurs en ont fait, sans preuve formelle, une manifestation de la syphilis; quelques-uns ne paraissent pas loin d'en faire un stigmate de la syphilis et de l'ériger en élément de diagnostic de cette maladie.

J'ai eu l'occasion de rencontrer des lésions anciennes de vitiligo chez des femmes atteintes de syphilis récente, ainsi que j'en rapporte trois observations : à moins de faire de ces cas, qui ne sont pas exceptionnels, des cas de réinfection syphilitique, ce qui n'est pas admissible, il faut reconnaître que le vitiligo peut se développer en dehors de la syphilis.

Il est incontestable, d'ailleurs, que la syphilis peut provoquer la production ou au moins la localisation du vitiligo au voisinage de ses manifestations cutanées. Il est également certain — et j'en rapporte un très bel exemple personnel — que les lésions syphilitiques papulo-tuberculeuses ou même ulcéreuses peuvent laisser après elles des surfaces décolorées, dont l'état cicatriciel extrêmement minime se confond avec celui de la peau normale et dont une pigmentation périphérique parfois très étendue complète la ressemblance avec le syndrome vitiligo : lorsqu'on n'a pas assisté à la phase initiale, on peut croire qu'il s'agit d'un vitiligo primitif. Enfin, comme dans un cas que j'ai observé avec M. Ravaut, la syphilide pigmentaire peut simuler de très près le vitiligo.

Les rapports du vitiligo et de la syphilis sont donc variables; mais ils sont souvent — le plus souvent même — nuls.

Du vitiligo. *Semaine médicale*, 28 octobre 1891, p. 433.

Éphélides. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

AFFECTIONS DES GLANDES SUDORIPARES ET SÉBACÉES

De l'hidrocystome. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 14 novembre 1895, p. 342.

A propos de quatre cas de la dermatose assez rare, décrite par Robinson sous le nom d'hidrocystome, j'en ai donné la première description en France où elle avait passé complètement inaperçue.

Il s'agit d'une lésion cutanée, exclusivement limitée au visage, occupant spécialement le pourtour des yeux, caractérisée par de petites tumeurs ne dépassant jamais le volume d'un pois cassé, incluses dans le derme et rappelant l'aspect d'un grain de sagou cuit, de coloration légèrement violacée. Les tumeurs sont remplies d'un liquide incolore.

Elles sont très apparentes pendant la saison chaude et s'effacent pendant l'automne et l'hiver.

Anatomiquement, elles sont constituées par des kystes à parois épaisses, doublées d'un revêtement assez développé de cellules épithéliales cubiques, kystes en connexion manifeste avec l'appareil sudoral.

J'ai montré que cette affection doit être formellement distinguée de la dyshidrose, qui ne s'observe pas à la face, et dont elle diffère par sa longue durée et ses récidives annuelles bien plus régulières que celles de la dyshidrose.

De l'acné nécrotique. *Mercredi médical*, 6 septembre 1893, p. 429.

L'acné nécrotique de Boeck (acné arthritique de Bazin) se traduit par des croûtes jaunes entourées d'une zone érythémateuse et légèrement saillante, se développant par poussées irrégulières. D'après les descriptions classiques, elle occupe à peu près exclusivement la bordure du cuir chevelu. J'ai signalé dans cette note sa tendance à envahir, chez les sujets dont les cheveux sont clairsemés, les parties du cuir chevelu en voie de dépilation, de sorte qu'elle peut se montrer sur presque toute l'étendue du cuir chevelu et simuler l'eczéma croûteux disséminé de cette région.

AFFECTIONS DES ONGLES ET DES POILS

Dystrophie unguéale généralisée. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 11 novembre 1897, p. 418 et 8 décembre 1898, p. 436. (En collaboration avec M. Collineau.)

Ces deux notes ont trait à un jeune homme atteint d'un type de dystrophie unguéale auquel j'ai donné le nom de *sidération unguéale :* les ongles cessent de pousser, deviennent jaunâtres et souvent opaques, prennent l'aspect de l'ambre, sans aucun trouble fonctionnel, sans rougeur ni tuméfaction des phalanges. Cette dystrophie porte sur tous les ongles des mains et des pieds ; elle peut guérir et l'ongle peut reprendre sa coloration et sa croissance normale. Elle constitue un type clinique très net. mais son étiologie est complètement inconnue.

Altérations unguéales de la main droite chez un ancien saturnin atteint d'hyperkératose palmaire de la même main. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1er décembre 1910, p. 350. (En collaboration avec M. R.-J. Weissenbach.)

Il s'agit d'un homme de 57 ans, saturnin depuis 24 ans. Les lésions unguéales sont constituées pour une grande part par la repousse irrégulière du tissu corné sur le lit de l'ongle. La présence d'une lamelle unguéale décollée au pourtour de la partie supérieure de l'ongle de quelques doigts, le bourrelet inflammatoire qui entoure les ongles rappellent ce qu'on observe dans le psoriasis des ongles. La paume de la main droite est le siège d'une hyperkératose.

Faut-il rapporter au saturnisme l'hyperkératose palmaire et les onychopathies ?

Sur la question de la contagion de la pelade. Revue générale. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, septembre et octobre 1887, p. 504 et 630.

Traitement de la pelade. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 23 décembre 1893, p. 605.

Zur Pelade (Alopecia areata). *Internationale klinische Rundschau.* 30 décembre 1895, p. 868.

DERMATOSES D'ORIGINE NERVEUSE

Les acarophobes. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 21 avril 1894, p. 373.

Les dermatophobies. *La Presse médicale*, 9 juillet 1898.

Les dermatophobies consistent dans les craintes excessives que provoque, chez certains sujets, l'existence de lésions cutanées ou la possibilité du développement de celles-ci.

Elles sont presque toujours consécutives à quelque trouble fonctionnel ou à quelque altération tégumentaire dont le porteur s'exagère l'importance.

Les parasitophobies sont les plus fréquentes, en première ligne l'acarophobie, conditionnée par quelque prurit, parfois consécutive à une attaque ancienne ou récente de gale, souvent provoquée par la connaissance ou le soupçon d'un cas de gale dans l'entourage du malade.

L'éreuthophobie, bien décrite par Pitres et Régis, revêt des formes variées.

La trichophobie, engendrée chez les femmes jeunes, par la présence d'un léger duvet à la face, détermine la manie d'arracher les poils et contribue pour une grande part à produire ou à exagérer l'hypertrichose du visage.

Les dermatophobies peuvent présenter tous les degrés et toutes les variétés des diverses phobies et obsessions. Elles sont parfois isolées, souvent alternent avec d'autres nosophobies. Elles peuvent n'être qu'une épiphénomène d'un état psychique grave, relevant de l'aliénation mentale. Elles ont, en raison de l'état nerveux concomitant de l'entourage des malades, grande tendance à se transmettre à cet entourage, ascendants, descendants, conjoint et les dermatophobiques sont souvent phobiques à deux ou à plusieurs.

On perforating ulcer of the foot as connected with progressive locomotor ataxy. *Transactions of the VII International Medical Congress*, Londres, 1881, p. 52. (En collaboration avec B. Ball.)

Le mal perforant plantaire s'observe dans diverses lésions du système nerveux. Nous avons, dans cette note, signalé sa fréquence dans le tabes où il était considéré comme assez rare et montré qu'il constitue parfois

un signe des plus précoces du tabes; nous avons insisté sur la nécessité de rechercher, dans tous les cas de mal perforant, les signes de la période préataxique du tabes, recherche généralement négligée à cette époque et en l'absence de laquelle on pouvait considérer comme d'origine exclusivement traumatique et provoqués par des pressions répétées, des maux perforants liés en réalité au tabes.

Note sur une variété d'ulcération chronique du visage, observée au cours du tabes dorsal. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1914, p. 525.

Il s'agit d'une lésion, dont la seule observation connue en 1911 avait été publiée par M. Giraudeau, caractérisée par des ulcérations de forme variable, à fond lisse et uni, rouge vif ou grisâtre, à bords nets, non décollés, sans rougeur ni infiltration périphérique; ces ulcérations semblent, à en juger par leur aspect, produites par un instrument tranchant agissant parallèlement à la surface de la peau; elles évoluent sans douleur, occupent le visage, en coïncidence avec des troubles accusés de la sensibilité de la face, chez des sujets atteints de tabes à forme bulbaire.

Les altérations cutanées dans la syringomyélie. Revue générale. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, octobre 1890, p. 799.

Un cas de pseudo-éléphantiasis névropathique chez une femme hystérique. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 27 avril 1894, p. 262 .

Un cas d'œdème bleu hystérique. *Bulletin de la Société française de dermatologie*, 10 mars 1892, p. 135.

Hyperkératose des extrémités (mains, pieds, oreilles, nez) succédant à des formations bulleuses, développées 38 ans après des gelures des extrémités. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mars 1911, p. 166.

DERMATOSES ET MALADIES DES REINS

Les relations des dermatoses avec les maladies des reins et l'abuminurie. Revue générale. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, juillet et septembre 1885, p. 424 et 511.

Étude détaillée d'une question complexe ou plutôt de deux questions :

1° L'albuminurie et les néphrites consécutives aux affections cuta-

nées, ces dernières agissant rarement par la suppression des fonctions cutanées, parfois par l'irritation qu'elles provoquent sur les expansions nerveuses périphériques, plus souvent par les infections à porte d'entrée dermique.

2° Les dermatoses consécutives aux maladies des reins, dermatoses le plus souvent prurigineuses — parmi lesquelles il faut citer surtout le prurit dit sénile dont dès cette époque je montrais l'origine rénale — résultant de l'insuffisance de la dépuration urinaire.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Thérapeutique des maladies de la peau. 2 volumes de la *Bibliothèque ae thérapeutique médicale et chirurgicale*, publiée sous la direction de Dujardin-Beaumetz et Terrillon. Paris, 1895.

Ces deux volumes résument, surtout au point de vue pratique, la thérapeutique des diverses affections cutanées; les indications et le mode d'emploi des agents thérapeutiques sont précédés d'une courte description des dermatoses et du résumé de leurs conditions étiologiques, qui sont la base du traitement.

Il suffira d'indiquer ici les idées directrices de la thérapeutique dermatologique telle que je l'ai comprise et exposée.

L'étiologie des dermatoses est essentiellement complexe ; les causes extérieures, agents pathogènes microbiens, chimiques ou autres, y associent leur action à celle des causes internes, prédisposition héréditaire, variations du milieu humoral, désordres viscéraux, etc.

La thérapeutique doit tenir compte de ces éléments multiples. Aux traitements internes, que l'ancienne école dermatologique française mettait au premier rang, et auxquels il est nécessaire de recourir dans le plus grand nombre des cas, même dans des affections manifestement provoquées par des agents pathogènes externes, il faut associer des médications externes, variées dans leurs agents et dans leurs modes d'application. L'emploi des méthodes antiseptiques et aseptiques dans le traitement des maladies de la peau, même en petite chirurgie dermatologique, n'était pas en 1895 entré dans les habitudes courantes : j'ai montré que ces méthodes devaient, en subissant les adaptations nécessaires, être appliquées à la thérapeutique des maladies de la peau.

J'ai, en outre, cherché, avec les maîtres d'alors, à réagir contre la croyance trop répandue que certaines affections cutanées ne devaient pas être traitées : si la guérison rapide des lésions cutanées est quelquefois l'occasion de répercussions viscérales, c'est là un fait assez rare et que l'examen attentif du malade permet généralement de prévoir et d'éviter; l'abstention qui, pour certains médecins, dérive de cette crainte, a bien souvent des conséquences graves : il faut donc toujours traiter les dermatoses, quoi qu'il y en ait quelques-unes qui ne doivent pas être guéries ou tout au moins ne doivent pas être guéries rapidement.

TRAVAUX DE SYPHILIGRAPHIE

Maladies vénériennes. In *Traité de médecine de Charcot-Bouchard*, 1re édition, 1891, t. II, p. 237 à 296; 2e édition, t. III, p. 377 à 472.

Le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard a, pour les étudiants et les praticiens, résumé l'ensemble de la pathologie médicale.

Les directeurs ont pensé qu'il devait contenir une description des maladies vénériennes, généralement omise, dans les traités de pathologie : le rôle de la syphilis et de la blennorragie dans l'étiologie d'un grand nombre d'états pathologiques, leur importance de plus en plus grande en médecine justifiaient cette décision.

Chargé d'écrire ce chapitre, j'y ai résumé toutes les notions essentielles sur la syphilis, le chancre simple, la blennorragie, au point de vue étiologique, clinique, thérapeutique, telles qu'elles étaient établies à cette époque, avant la découverte de l'agent pathogène de la syphilis, de la séroréaction et de la médication arsenicale de la syphilis.

La description du chancre syphilitique, des lésions cutanées et muqueuses de la syphilis constitue le chapitre le plus important au point de vue clinique.

La syphilis et l'armée. 1 volume de la *Collection Horizon*. Paris, 1917.

Ce volume a pour but principal de fournir aux médecins de l'armée les éléments du diagnostic, du traitement et de la prophylaxie de la syphilis, tels qu'ils résultent des méthodes modernes et des travaux les plus récents.

Publié au moment où la fréquence de la syphilis pendant la guerre était déjà établie par l'observation des spécialistes et par les statistiques

militaires, où la campagne était entreprise contre cette maladie par le Service de santé militaire et par les autorités civiles commençait à prendre corps par des mesures nouvelles, il avait pour objectif de s'associer à cette lutte, d'en montrer la nécessité et d'en donner aux médecins les motifs et les moyens, en même temps que de faire connaître aux pouvoirs publics l'urgent besoin de pousser plus activement encore la lutte.

Les statistiques, comme le nombre des malades hospitalisés dans les hôpitaux civils, ont montré que, dans la guerre actuelle comme dans toutes les guerres, la fréquence de la syphilis est considérable.

Les contaminations syphilitiques, ainsi que le constatent les données concordantes des statistiques publiées et de la statistiquc inédite rapportée dans ce volume, se font, pour les militaires servant sur le front, bien plus souvent à l'intérieur que sur le front : sur 100 soldats du front atteints de maladies vénériennes, 73,6 les ont contractées soit au dépôt, soit au cours de permissions ou pendant le voyage d'aller ou de retour, spécialement avec des femmes rencontrées au voisinage des gares : quel que soit le lieu où la contamination s'est produite, il faut le plus souvent incriminer des femmes de brasserie, des servantes de café se livrant à la prostitution clandestine; mais il n'est pas rare que la contamination se soit produite dans les rapports conjugaux, ainsi que j'en ai rapporté de nombreux cas inédits.

Dans la zone des armées, les contaminations proviennent surtout de femmes que leur profession met en contact avec les soldats : filles d'estaminet, blanchisseuses ou couturières auxquelles les soldats donnent leur linge à blanchir et leurs vêtements à raccommoder; mais, dans la zone des armées, les femmes mariées qui y sont demeurées sont, presque aussi souvent que les professionnelles inscrites ou clandestines, l'origine de la contamination des soldats.

Dans la zone des étapes, au contraire, ce sont le plus souvent des professionnelles, officielles ou clandestines, qui contaminent les hommes.

Les ouvriers des usines de guerre sont atteints de syphilis dans des proportions considérables : ils la contractent surtout avec les femmes qui sont leurs camarades d'atelier.

La population civile subit le contre-coup de la fréquence de la syphilis dans l'armée : cette maladie s'observe beaucoup plus souvent qu'en

temps de paix chez des femmes mariées, lesquelles la prennent soit d'un civil quelconque ou d'un réformé, soit de leur mari mobilisé et venu en permission. Le nombre des jeunes gens de 16 à 22 ans atteints de syphilis est de plus en plus grand et bien plus considérable qu'en temps de paix.

La syphilis, par sa fréquence, devient un véritable *danger national :* elle diminue les effectifs, diminue la valeur de l'homme et compromet la race à une époque où plus que jamais celle-ci a besoin d'être nombreuse et robuste; sa diffusion dans toutes les classes de la population se fait sentir en particulier dans les campagnes, qui jusqu'ici fournissaient les contingents les plus sains et où il est à craindre qu'elle ne fasse naître des générations plus ou moins tarées. Elle entravera la repopulation de la France en rendant impropres à la procréation un grand nombre d'hommes en âge de se marier ou mariés depuis peu.

Pour lutter contre la syphilis, il est indispensable que le médecin sache la reconnaître, la dépister et la traiter.

Les symptômes, les éléments du diagnostic empruntés à la clinique et aux procédés du laboratoire sont décrits avec tous les détails nécessaires.

Le traitement est exposé d'une manière minutieuse. Les préparations arsenicales, bien maniées, permettent de l'adapter aux nécessités militaires; il est indispensable de guérir les accidents, afin d'empêcher les risques de contagion et les hospitalisations répétées, et de les guérir le plus rapidement possible pour réduire la durée d'indisponibilité des hommes : elles sont la base du traitement d'attaque de la syphilis. Associées au mercure, ces préparations réalisent le traitement complet de la syphilis, traitement qui doit être continué après le retour du militaire à son corps ; le traitement d'entretien est à base de mercure.

La prophylaxie de la syphilis, outre des mesures d'hygiène individuelle, la surveillance médicale des hommes de troupe, l'hospitalisation de ceux qui sont atteints d'accidents contagieux, l'institution de conférences sur les maladies vénériennes dans les corps de troupe, nécessite des mesures générales relevant des pouvoirs publics.

Des dispensaires et des services annexes ont été créés dans les villes de garnison pour mettre gratuitement à la portée de tous les syphilitiques des moyens pratiques de traitement : c'est la réalisation de la prophylaxie par le traitement, prophylaxie qui est réelle, mais insuffisante et incomplète.

Le vieil adage « il vaut mieux prévenir que guérir » trouve sa place dans la prophylaxie de la syphilis. La surveillance de la prostitution officielle et clandestine, des mesures de police empêchant l'encombrement de tous les points où se rassemblent des soldats par des femmes suspectes ou sûrement syphilitiques, sont indispensables pour lutter efficacement contre la syphilis. Il appartient aux pouvoirs publics de savoir prendre des mesures énergiques et adéquates au danger que fait courir à la race française la propagation excessive de la syphilis.

Étude bactériologique et expérimentale de la syphilis et du chancre simple.

La réaction palpébrale des singes macaques à l'inoculation de produits syphilitiques. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 2 juin 1905, p. 405. (En collaboration avec M. Paul Ravaut.)

Inoculation de produits syphilitiques au bord libre de la paupière chez les singes macaques. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, juillet 1905, p. 575. (En collaboration avec M. Paul Ravaut.)

Après les remarquables expériences de Roux et Metchnikoff sur les inoculations de la syphilis au chimpanzé, nous nous sommes proposé avec M. Ravaut d'étudier les conditions pratiques dans lesquelles les singes inférieurs pouvaient prendre la syphilis et d'en déduire les applications cliniques.

Nous avons employé pour nos expériences des singes qui soient faciles à se procurer, peu coûteux et résistants. Les Macacus sinicus et cynomolgus nous ont donné à ce point de vue toute satisfaction.

Nous avons adopté comme point d'inoculation le bord libre de la paupière; l'inoculation y est facile à pratiquer ; l'animal ne peut enlever la matière inoculée en se frottant contre les parois de sa cage, si l'on a pris la précaution de lui attacher les membres supérieurs dans le dos pendant quelques heures; il est facile de surveiller l'évolution de la lésion sans même extraire les animaux de leurs cages; si l'on a soin d'inoculer qu'une seule paupière, la comparaison avec la région symétrique rend les caractères de la réaction plus apparents, plus faciles à constater dès le début.

Le singe étant bien maintenu, l'inoculation est faite au moyen de

scarifications sur le bord libre de la paupière en empiétant à la fois sur la face muqueuse et sur la face cutanée. La paupière ne présente aucune modification pendant 20 à 35 jours. Au 23me jour en moyenne, la réaction commence à se manifester ; elle se traduit par de l'œdème du bord libre. D'abord limité au niveau des points d'inoculation, cet œdème diffuse peu à peu. Les jours suivants, l'infiltration augmente; elle peut s'étendre à tout le bord libre de la paupière et le transforme en un véritable bourrelet. A ce moment, la paupière inoculée, congestionnée surtout sur sa face muqueuse, semble surélevée par rapport à celle du côté opposé.

D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, surtout chez les animaux jeunes, l'œdème est moins diffus ; mais, au niveau du point d'inoculation, il se fait un véritable nodule inflammatoire au niveau duquel la surface cutanée rougit, fonce de couleur, prend une teinte cuivrée et un aspect brillant caractéristique qui rappellent assez bien l'aspect de certains éléments papuleux de l'homme.

Pendant plusieurs jours après leur apparition, les lésions augmentent encore un peu d'intensité, puis restent stationnaires ; elles persistent pendant plusieurs semaines.

Au point de vue histologique, elles consistent en une infiltration cellulaire plus ou moins abondante siégeant autour des différents organes constitutifs de la paupière; cependant, les vaisseaux sont les points d'origine les plus nets et les véritables guides de ces infiltrations cellulaires; c'est en ce point également que se rencontrent les spirochètes.

Nous avons pu constater à plusieurs reprises que des singes ayant déjà réagi positivement conservaient une immunité persistant pendant plus d'un an.

Nous avons obtenu par ce procédé des résultats presque constants avec le chancre, les plaques muqueuses, quelquefois avec certains éléments papuleux, les ganglions lymphatiques ; nous n'en avons obtenu aucun avec les lésions tertiaires et avec le liquide céphalo-rachidien. En revanche, cette réaction nous a permis de démontrer la nature syphilitique de différentes lésions douteuses, telles que la phlébite syphilitique.

L'inoculation au bord libre de la paupière du singe constitue donc un procédé de diagnostic applicable en clinique et précieux pour l'étude de la syphilis.

Ces recherches de pathologie expérimentale nous permettent donc de dire, pour résumer notre pensée, que le macaque Bonnet chinois et le macaque japonais sont à la syphilis ce que le cobaye est à la tuberculose.

Le spirochæte pallida de Schaudinn, agent pathogène de la syphilis; sa recherche, ses habitats, applications à la clinique. *Gazette des hôpitaux*, 27 janvier 1906.

Cette publication, consacrée à l'agent pathogène de la syphilis dont la découverte remontait à 8 mois à peine, fut destinée à faire connaître aux médecins les méthodes de recherche du spirochète et les déductions que sa présence ou son absence permet de tirer pour le diagnostic de la syphilis.

Dès cette époque, j'enseignais que, s'il est des cas où la clinique suffit à reconnaître le chancre syphilitique, il en est où la difficulté de son diagnostic est extrême et dans lesquels la recherche de l'agent pathogène permet seule d'arriver à une conclusion précise et rapide.

Le spirochète de Schaudinn et le diagnostic de la syphilis. Étude de bactériologie clinique et recherches expérimentales. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 9 avril 1906, p. 383. (En collaboration avec MM. Paul Ravaut et Louis Le Sourd.)

Ce mémoire paru en avril 1906 est le premier en France dans lequel ait été longuement rapproché le diagnostic clinique du diagnostic bactériologique de la syphilis par l'étude comparée de la recherche du spirochète et de l'inoculation au singe.

Après avoir donné les résultats de nos statistiques portant sur de nombreux produits examinés, les résultats de la recherche du spirochète dans les frottis sur lames et dans les tissus et ceux des inoculations, nous comparons entre elles ces trois méthodes.

Cette étude nous a montré que la recherche des spirochètes peut échouer sur les lames, tandis qu'elle réussit sur les coupes et que l'inoculation du singe est un procédé de diagnostic plus sensible que la recherche des spirochètes sur coupes et surtout sur lames.

On peut donc, en se basant sur cette progression croissante de sensibilité, dire que, lorsqu'on devra établir avec rigueur le diagnostic d'une lésion dont la nature syphilitique est douteuse et spécialement

d'une lésion ulcéreuse, on devra recourir d'abord à la recherche du spirochète dans les frottis de sa surface. Cette recherche, qui demande une connaissance précise du spirochète, peut être faite assez rapidement et donne des résultats positifs dans la très grande majorité des cas.

Si elle échoue, on aura recours à la recherche du spirochète sur les coupes de la lésion; bien que, en raison de la topographie des spirochètes dans le chancre syphilitique, la biopsie nécessaire pour cette recherche puisse ne porter que sur une portion très minime de la lésion, elle est déjà plus compliquée que l'examen des frottis.

Si, enfin, le spirochète fait défaut sur les coupes, on pourra recourir à l'inoculation au singe, qui constitue la réaction la plus sensible que nous possédions à l'heure actuelle.

Ces procédés d'examen fournissent au diagnostic des lésions syphilitiques primaires et secondaires une base scientifique et une précision que la simple observation clinique ne peut donner.

Ils sont exactement superposables, dans leur application et leurs résultats, à ceux qu'on met en œuvre tous les jours en clinique pour le diagnostic de la tuberculose.

Spirochète de Schaudinn et syphilis expérimentale. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 10 février 1906, t. LX, p. 298. (En collaboration avec MM. Paul Ravaut et Burnet.)

Nous avons étudié dans la syphilis expérimentale du singe inoculé au niveau du bord libre de la paupière comment évoluait le spirochète au cours d'une série de passages de singe à singe.

Nous avons pu le suivre pendant 4 passages successifs et constater, comme nous l'avions déjà fait au cours de recherches purement cliniques, que les moyens pour le déceler, sont, par ordre de sensibilité croissante, la recherche sur le frottis, la recherche dans le tissu et l'inoculation.

Ces faits étaient surtout intéressants en 1906, époque à laquelle la spécificité du spirochète de Schaudinn demandait à être confirmée.

Chancre simple expérimental de la paupière chez le singe. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 2 juin 1905, p. 472. (En collaboration avec MM. Paul Ravaut et Louis Le Sourd.)

Le chancre simple expérimental de la paupière chez les singes macaques. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, octobre 1905, p. 753. (En collaboration avec MM. Paul Ravaut et Louis Le Sourd.)

Les résultats de nos expériences d'inoculation des produits syphilitiques nous ont encouragés à répéter ces expériences avec le chancre simple de l'homme et à déterminer les conditions suivant lesquelles les singes réagissent à l'inoculation du virus chancrelleux.

Nous avons donc inoculé nos animaux à la paupière et, dans un certain nombre de cas, en différentes régions du corps. La technique est la même que celle déjà employée pour l'inoculation des produits syphilitiques.

Au bout de 36 heures, on constate au niveau de la paupière de l'œdème et une légère rougeur du tégument. Si on la soulève pour examiner sa face muqueuse, on voit, tranchant nettement sur la muqueuse rouge et injectée, une série de petites taches blanches veloutées, dont chacune entoure comme d'une auréole les incisions produites par le scarificateur.

Le lendemain, c'est-à-dire 48 heures après l'inoculation, l'œdème et la rougeur de la face cutanée de la paupière sont très marqués, il y a un degré plus ou moins accentué d'ectropion ; sur le bord libre de la paupière, suivant la ligne d'implantation des cils, une ou plusieurs pustules jaunâtres, allongées, se confondent par un de leurs bords avec les taches blanches velvétiques de la face muqueuse.

Le troisième jour après l'inoculation, les pustules sont rompues ; elles ont laissé à leur place de petites ulcérations à bords nettement découpés, à fond gris jaunâtre, saignant facilement ; à la face muqueuse, les taches, qui étaient encore isolées la veille, se sont confondues ; sous l'enduit crémeux qui les constitue, la muqueuse est ulcérée et saigne facilement.

Vers le quatrième jour, les lésions atteignent leur maximum. La paupière inoculée est le siège d'un œdème considérable tant au niveau de sa surface libre que dans sa profondeur. Grâce au véritable ectropion qui en résulte, on voit très nettement les ulcérations du bord libre de la paupière et les taches crémeuses de sa face muqueuse. La fente palpébrale est diminuée. Une couche de pus plus ou moins abondant, étalée sur la cornée, forme en se desséchant à l'angle de l'œil ou sur le bord ciliaire des croûtelles jaunâtres.

Puis les lésions vont en s'atténuant et disparaissent au bout de 15 jours. A la période d'état, elles sont riches en bacilles de Ducrey et peuvent être réinoculées en série.

Elles sont beaucoup plus nettes au niveau de la paupière qu'en aucun autre point du corps; cette région est en outre bien plus sensible : sur 11 inoculations en diverses régions du corps, 3 seulement ont été positives, alors que, au niveau de la paupière, sur 20 inoculations, 19 ont été positives.

A deux reprises différentes, nous avons reproduit chez le singe le chancre mixte : le chancre simple évoluait en 15 jours et quelques jours après apparaissait la lésion caractéristique de la syphilis expérimentale.

C'est la première confirmation expérimentale qui ait été donnée du chancre mixte de Rollet.

Nous avons recherché la valeur pratique de cette réaction et l'avons comparée aux autres procédés de diagnostic du chancre simple. Nous avons pu constater que la recherche des bacilles sur lames et l'auto-inoculation au malade donnaient des résultats semblables à ceux de l'inoculation du singe.

Au point de vue théorique, ces trois modes d'investigation peuvent être mis sur le même pied; ils peuvent être substitués l'un à l'autre, leur valeur scientifique étant identique.

En pratique, l'un ou l'autre d'entre eux peut être préférable dans certaines conditions déterminées.

Chancre syphilitique.

Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus, et en particulier sur une forme ulcéreuse; sa confusion possible avec l'épithélioma utérin. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1904, p. 113.

Le chancre syphilitique du col de l'utérus, en dehors de ses conséquences obstétricales (dystocie par sclérose du col) est peu connu. Sa fréquence est pourtant loin d'être négligeable : en examinant systématiquement toutes les femmes atteintes de syphilis récente, comme je l'ai fait à l'hôpital Broca, on en rencontre d'assez nombreux cas; mais il s'agit d'une lésion de courte durée dont on ne retrouve souvent plus de trace quelques jours après l'avoir constatée.

Il peut présenter une forme ulcéreuse, bourgeonnante ou non, qui risque d'en imposer pour un néoplasme utérin; une des malades que j'ai observées devait subir l'amputation du col lorsque la nature de la lésion fut reconnue et peut-être quelques faits de cancers du col opérés et guéris ne sont-ils autres que des cas de cette forme de chancre, dont les traités de gynécologie ne font pas mention.

Chancre syphilitique de la muqueuse nasale. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 28 avril 1893, p. 198.

Exemple d'une localisation rare du chancre syphilitique dont on ne connaissait alors qu'une dizaine de cas, remarquable par une tuméfaction considérable du nez simulant au premier abord l'érysipèle ou une lésion syphilitique tertiaire.

Chancre syphilitique de la gencive. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 6 mai 1913, p. 236.

Les chancres de la gencive sont très rares et l'intérêt du cas présent tient surtout au fait que, contrairement à la plupart des cas rapportés, son étiologie semble assez bien établie. L'infection viendrait de l'habitude qu'avait le malade de se curer les dents avec tout ce qui lui tombait sous la main. Pendant les deux mois et demi qui ont précédé l'apparition du chancre, le malade n'avait pas eu de rapports sexuels.

Chancre syphilitique du menton. *Bulletin médical*, 29 mars 1896, p. 305.

Syphilides.

Les conditions du développement de la syphilide pigmentaire (Leucoderma syphiliticum). *Berliner klinische Wochenschrift*, 12 septembre 1904, p. 988.

La syphilide pigmentaire est généralement considérée en France comme une lésion se développant primitivement sur le cou, sans avoir été précédée d'aucune autre manifestation syphilitique de même siège; elle est un des types du groupe confus et contestable des lésions parasyphilitiques.

Une des raisons sur lesquelles se base cette conception est la prétendue absence de la roséole syphilitique au niveau du cou.

J'ai pu constater que, contrairement à l'opinion courante, la roséole

occupe très fréquemment le cou et je l'ai observée sur les deux tiers au moins des femmes syphilitiques de l'hôpital Broca, mais elle est peu colorée et très passagère et disparaît bien avant la roséole du tronc.

Mes élèves Hulleu et Delmas ont, sous ma direction, pris le décalque des taches de roséole à l'entrée des malades et, ultérieurement, le décalque des zones blanches de syphilide pigmentaire. Nous avons pu constater ainsi que la pigmentation affectait la disparition complémentaire de la roséole, que les zones blanches occupaient mathématiquement la place des taches de roséole.

Quelques causes facilitent parfois le développement de la syphilide pigmentaire : troubles menstruels, grossesse, allaitement.

Les recherches faites par M. Ravaut dans mon service ont établi que la syphilide pigmentaire s'accompagne de lymphocytose souvent très prononcée du liquide céphalo-rachidien. Cette lymphocytose, qui traduit l'imprégnation syphilitique du système nerveux, laisse supposer l'imprégnation des autres systèmes et, si le système nerveux paraît jouer un rôle dans la production de la syphilide pigmentaire, d'autres troubles viscéraux peuvent aussi y contribuer.

Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire, développée chez un tuberculeux cachectique. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 11 février 1897, p. 56.

Il s'agit d'un homme de 70 ans, tuberculeux pulmonaire cachectique dont les téguments ont une coloration foncée, surtout au visage, et qui ne présente pas de pigmentation des muqueuses : au cou la pigmentation offre une frappante similitude avec la syphilide pigmentaire; mais il n'existe aucun autre symptôme de syphilis. A l'interrogatoire, le malade n'a pu dire s'il avait présenté des lésions cutanées à ce niveau.

Ce fait montre que, si la présentation aréolaire du cou est un des symptômes caractéristiques de la syphilis, elle peut, exceptionnellement, se rencontrer chez des tuberculeux cachectiques.

Plaques syphilitiques de la peau circinées, confluentes, en cocarde (syphilides papulo-squameuses circinées des auteurs). *Le Musée de l'hôpital Saint-Louis*. Livraison n° 7 parue en décembre 1895.

A propos d'un cas très remarquable de lésions syphilitiques circinées en cocarde de la face, sur laquelle elles décrivaient des arabesques d'une

abondance et d'une régularité extraordinaires, j'ai donné la description complète du type dermatologique de syphilides secondaires que Biett, Legendre et Bazin ont individualisé sous le nom de *plaques syphilitiques de la peau* et que la plupart des syphiligraphes ont méconnu et rangé à tort dans les syphilides papuleuses.

La conception de ce type peut se résumer en ceci : il existe une manifestation cutanée de la syphilis secondaire caractérisée par des lésions circinées, nettement limitées par un bord saillant entourant une zone souvent déprimée, fréquemment squameuse, de dimensions variées ; cette manifestation a une tendance à se localiser en certaines régions (pourtour des lèvres, sillons naso-jugaux, cou, aisselles) ; ses poussées coïncident ordinairement avec des poussées de plaques muqueuses de la bouche ou des organes génitaux. L'étude attentive de cette forme de syphilide montre qu'elle est objectivement superposable aux plaques muqueuses, qu'elle n'en diffère que par des caractères dérivant des différences de structure et d'humidité existant entre la peau et les muqueuses.

Contrairement aux autres syphilides secondaires qui apparaissent chacune à leur date, suivant une succession régulière, les plaques peuvent se développer à des époques variées de la syphilis secondaire et coïncider avec d'autres formes de syphilides secondaires.

Contrairement aux syphilides papuleuses vraies, qui caractérisent une forme grave de syphilis, les plaques syphilitiques, ainsi que l'a constaté ultérieurement M. Ravaut, ne s'accompagnent qu'exceptionnellement de lymphocytose céphalo-rachidienne.

Gommes syphilitiques cutanées développées 52 ans après le chancre.
Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux, 3 novembre 1893, p. 699.

Cette observation est une des plus probantes qui aient été fournies de lésions tertiaires apparaissant après une très longue latence de la syphilis : le malade assurait avoir été atteint d'une syphilis 52 ans auparavant traitée par Ricord, et n'en avoir, depuis lors, présenté aucune manifestation ; l'exactitude de la date initiale et du diagnostic de sa maladie a pu être contrôlée sur les registres hospitaliers.

Note sur un cas de syphilide ulcéreuse survenue chez un malade atteint de paralysie infantile et ayant respecté le membre atrophié. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 29 janvier 1897, p. 114.

Il s'agit d'un fait curieux de syphilide ulcéreuse (syphilide maligne précoce) survenue chez un sujet atteint de paralysie infantile et dans lequel les lésions syphilitiques (à l'état de cicatrice au moment où je l'ai observé) occupaient le tronc et les muscles, mais respectaient complètement le membre supérieur droit atrophié, alors qu'il en existait une vingtaine sur le membre supérieur gauche.

Cette localisation ou plutôt cette absence élective des lésions syphilitiques sur le membre malade méritait d'être signalée : quelques observations ultérieures ont montré qu'elle est la règle chez les sujets atteints de paralysie infantile, sujets que leur moindre résistance aux infections paraît exposer spécialement aux formes ulcéreuses graves de la syphilis.

Syphilis des vaisseaux sanguins.

Sur la phlébite syphilitique secondaire précoce. *Festschrift J. Neumann*, Vienne, 1910, p. 840.

Cette étude, consacrée à une manifestation peu connue de la syphilis secondaire, dont il n'avait été publié qu'une vingtaine de cas, en renferme deux observations nouvelles dont une avec examen histologique d'un fragment de veine excisé par biopsie.

Les lésions consistaient en une oblitération totale de la veine par un caillot qui pénétrait et dissociait des travées cellulaires parties de l'endoveine très épaissie ainsi que la couche musculaire.

J'ai eu l'occasion de montrer ultérieurement la fréquence de la phlébite secondaire, que son indolence, l'absence d'œdème et la terminaison toujours favorable sans embolie font souvent méconnaître.

Phlébites syphilitiques secondaires multiples des membres. Démonstration de la présence du spirochète dans la paroi veineuse par l'examen microscopique et par l'inoculation expérimentale au singe. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 8 avril 1910, p. 342. (En collaboration avec M. Paul Ravaut).

Chez un malade atteint de phlébites multiples des veines superficielles des membres au cours d'une syphilis récente, nous avons pu déceler

la présence de spirochètes au niveau de la tunique interne de la veine par l'examen ultra-microscopique et l'imprégnation de frottis sur lames au moyen de la largin. L'inoculation du produit de raclage de l'endoveine a déterminé sur le singe une syphilis expérimentale typique.

L'examen histologique et bactériologique de la veine nous a montré la présence du spirochète dans l'endoveine, dont les bourgeonnements constituent la principale lésion de la phlébite.

Il résulte de ces faits que la phlébite précoce des syphilitiques est fonction du spirochète de Schaudinn. Ils donnent la démonstration formelle, à la fois bactériologique et expérimentale, de la nature syphilitique de cette phlébite, démonstration qui n'avait pas encore été tentée.

Les lésions artérielles de la syphilis. Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 26 janvier 1889, p. 93.

Altérations musculaires dans la syphilis.

Sur la prétendue contracture syphilitique secondaire du biceps brachial. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 5 février 1904, p. 111.

Cette manifestation rare, décrite au cours de la syphilis et reconnue rebelle au traitement, n'est, ainsi que le montre un cas étudié avec détails, ni une contracture, ni une manifestation syphilitique à proprement parler : c'est une fausse contracture des muscles du bras — et non pas seulement du biceps — survenant à l'occasion de manifestations syphilitiques douloureuses occupant le squelette du coude, chez des sujets entachés d'hystérie.

Traitement de la syphilis.

Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles et en particulier d'huile grise, dans le traitement de la syphilis. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 2 août 1894.

Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis. Des indications comparées des injections de calomel et des injections d'huile grise, et des indications générales de la méthode des préparations insolubles. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 30 janvier 1896.

Ces deux notes, rédigées pour les discussions qui ont eu lieu à la Société de dermatologie, datent d'une époque où, malgré les travaux

et la pratique de M. Balzer et de Jullien, les injections de préparations mercurielles insolubles étaient l'objet de la défiance à peu près générale des syphiligraphes.

Elles sont parmi les premières publications françaises où les injections d'huile grise sont présentées sous leur véritable jour, comme méthode pratique de mercurialisation, applicable à un grand nombre de malades et, quoi qu'on en ait dit, sans danger à condition d'être maniées avec la prudence nécessaire.

Mes essais, commencés à l'instigation de M. Balzer, m'ont permis de généraliser rapidement cette méthode que j'ai, depuis lors, constamment employée dans mon service d'hôpital et dont j'ai contribué par mon exemple et mon enseignement à répandre l'emploi.

Traitement de la syphilis par les injections d'huile grise. *La Presse médicale*, 26 février 1896, p. 100.

Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. *La Presse médicale*, 17 octobre 1896, p. 545.

Résumé des opinions émises sur les injections mercurielles, lors d'une discussion à la Société française de dermatologie. Ce mode de traitement, qui a fait sa preuve, et qui a constitué et constitue encore un des modes de mercurialisation les plus sûrs et les plus efficaces, était alors encore des plus discutés et, pour beaucoup, devait être ou rejeté ou réservé à des cas exceptionnels. Il était nécessaire de faire connaître les tendances de ceux, parmi lesquels je me rangeais, qui cherchaient à perfectionner le traitement de la syphilis et avaient trouvé dans les injections insolubles un mode thérapeutique utilisable — la suite l'a montré — dans un grand nombre de cas de syphilis.

Syphilis maligne précoce rebelle ayant résisté à toutes les médications locales et générales. Guérison rapide des ulcérations cutanées par les badigeonnages au coaltar. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 7 juillet 1910, p. 177.

Les médications dites adjuvantes, générales et locales, dans le traitement de la syphilis. Leur rôle et leur importance. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CVII, 1911, p. 203.

Les médications générales, associées à l'emploi du mercure et de

l'iodure de potassium sont utiles, nécessaires dans le traitement de nombreuses manifestations syphilitiques.

Les pansements humides ont une action curative souvent très rapide dans les ulcérations syphilitiques tertiaires : trois observations rapportées dans la deuxième note montrent qu'ils peuvent suffire à en produire la cicatrisation en quelques jours.

Dans un cas de syphilides malignes précoces ulcéreuses très étendues, les badigeonnages de coaltar ont provoqué la cicatrisation qu'une médication interne énergique n'avait pu obtenir.

On ne peut donc, du fait qu'une ulcération a guéri par le traitement local seul, en conclure qu'elle n'est pas de nature syphilitique.

Deux cas de gangrène cutanée, consécutifs l'un à une injection sous-cutanée de benzoate de mercure, l'autre à une injection partiellement intra-cutanée d'huile grise. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, décembre 1908, p. 705.

J'ai publié ces deux observations, recueillies sur deux médecins, pour montrer :

1° Que les injections sous-cutanées de benzoate de mercure peuvent produire des eschares cutanées, contrairement à l'opinion émise par Gaucher, qui prétendait que seules les injections intra-musculaires de cette substance en déterminent;

2° Que les injections d'huile grise introduite par accident dans le derme peuvent provoquer des eschares : la cause de l'accident, dans le cas rapporté, était une détérioration de l'aiguille en platine iridié, qui présentait à peu de distance de l'embase une perforation résultant de flambages répétés.

Ulcération phagédénique chancriforme du scrotum et du gland, survenue, en dehors de toute contamination nouvelle, au niveau de la cicatrice d'un chancre syphilitique traité deux ans auparavant par les injections d'arsénobenzol. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1er mars 1912, p. 254.

Deux cas d'accidents graves avec éruptions cutanées survenues à la suite de la deuxième injection d'une faible dose de salvarsan. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 24 novembre 1911, p. 417.

Ces deux notes ont trait à des suites du traitement de la syphilis par

l'arsénobenzol. Dans le livre sur *La syphilis et l'armée*, où j'ai exposé le résultat de ma pratique de cette méthode de traitement, j'ai complété l'étude de ses suites et je suis arrivé, comme la grande majorité de ceux qui l'ont mise en pratique, que, si elle présente quelques contre-indications, elle constitue, lorsqu'elle est maniée prudemment, un moyen puissant d'action contre la syphilis.

Les alopécies syphilitiques. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 19 septembre, 1894, p. 265.

Paralysie faciale à la période secondaire de la syphilis; lymphocytose très abondante du liquide céphalo-rachidien. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 21 novembre 1902, p. 991. (En collaboration avec M. Ravaut.)

Syphilis datant de 18 mois. Syphilide pigmentaire rappelant le vitiligo. Céphalalgie à type neurasthénique. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 26 décembre 1902, p. 1156. (En collaboration avec M. Ravaut.)

Deux cas de syphilis héréditaire avec lésions osseuses multiples et exostose médio-palatine. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 février 1898, p. 58.

Abcès d'origine osseuse chez un nouveau-né présentant des lésions syphilitiques du fémur. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1888, p. 794.

PUBLICATIONS DIVERSES

Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale sans obstacle mécanique. *Thèse de doctorat*, 1884.

Ce travail est consacré à l'étude d'une forme rare d'obstruction intestinale, dans laquelle il n'est pas possible de trouver un obstacle mécanique, pariétal ou extra-intestinal ; la dilatation de l'intestin, qui peut atteindre un degré extrême et l'accumulation des matières stercorales résulte d'une atonie complète de la musculature intestinale, atrophiée par l'effet de l'âge.

De l'ostéite déformante de Paget, *Archives générales de médecine*, janvier 1890, p. 1.

Deux cas d'ostéite déformante de Paget. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 17 février 1893, p. 116.

Ostéite déformante de Paget chez un infantile ne présentant aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 8 avril 1910, p. 345.

Dans la première de ces publications, j'ai, à propos d'un cas personnel, donné la description complète de l'ostéite déformante de Paget qui était encore peu connue en France : aux descriptions données par Sir James Paget, j'ai comparé tous les cas connus, au nombre de 42.

Ultérieurement, j'ai montré que l'ostéite déformante est moins rare qu'on ne pense généralement et que certains cas, surtout à leur début, passent inaperçus ou sont méconnus.

La nature de cette maladie demeure inconnue : des tentatives ont été faites pour la rapporter à la syphilis. J'ai montré, à l'occasion d'un nouveau fait, que ces tentatives se basaient sur une confusion regrettable avec des lésions hérédo-syphilitiques ressemblant par quelques caractères

à l'ostéite déformante, mais en différant par leur marche et leur évolution, et que, dans l'ostéite déformante vraie, la réaction de Wassermann — sauf les cas de coïncidence accidentelle avec la syphilis — est négative, de même que le traitement mercuriel le plus énergique est sans action aucune sur la maladie.

De la cachexie pachydermique, ou myxœdème. Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 31 janvier 1891, p. 117.

Le myxœdème. *L'Œuvre médico-chirurgicale*, fascicule 12, 1898.

Un cas d'infantilisme myxœdémateux. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 28 octobre 1898, p. 699.

Présentation de radiographies d'un sujet de 33 ans atteint d'infantilisme myxœdémateux. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 24 février 1899, p. 242.

Dans les deux premières de ces publications, j'ai donné la description complète du myxœdème; à côté des formes complètes de la maladie, j'en ai décrit les formes incomplètes et atténuées dont plusieurs étaient jusqu'alors méconnues et dont l'importance clinique et nosologique s'est depuis considérablement accrue.

Le fait d'infantilisme myxœdémateux que j'ai rapporté et dont l'examen radioscopique a confirmé la nature est un exemple d'une de ces formes incomplètes.

Un cas d'hémiglossite. *Société clinique de Paris*, 1881, *France médicale*, 1882, t. I, p. 14.

Maladie d'Addison chez un nègre arabe. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 24 février 1899, p. 239.

Une femme homard, mains et pieds à deux doigts. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1908, p. 472.

Un cas de gigantisme infantilique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1909, p. 442. (En collaboration avec M. P. Gastinel).

Paris. — Imp. E. Capiomont et Cie, rue de Seine, 57.